

Risultati da Forum Management Sanità

Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali



Rapporto curato da:



Novembre 2018

Risultati da Forum Management Sanità

Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali



Rapporto curato da:



Il lavoro è stato realizzato, con il coordinamento scientifico della prof.ssa Carla Collicelli, da un gruppo di lavoro composto da Carla Collicelli, Ludovica Durst, Andrea Di Leo e Noemi Rossi.

Editore

KOS Comunicazione e Servizi s.r.l.
Via Vitaliano Brancati 44
00144 Roma

Protagonisti della ricerca e ringraziamenti	pag.	5
Introduzione		
Le ragioni della ricerca		
<i>di Valerio Fabio Alberti e Nicola Pinelli</i>	«	9
1. I PRINCIPALI RISULTATI		
<i>di Carla Collicelli</i>	«	13
1.1 Gli obiettivi e la strategia dello studio	«	13
1.2 Lo stato dell'arte del dibattito teorico su sanità e Middle Management	«	14
1.3 I risultati dell'analisi sul campo	«	15
2. LO STATO DELL'ARTE DELLA RIFLESSIONE TEORICA	«	17
2.1 Risultati generali	«	17
2.2 Le moderne organizzazioni: dalla burocrazia alla gestione strategica per obiettivi e risultati	«	22
2.2.1 Il management	«	23
2.2.2 Il clima aziendale	«	28
2.3 La Pubblica Amministrazione	«	32
2.4 Le aziende sanitarie in Italia	«	33
2.4.1 Dalla burocrazia all'azienda per la professionalizzazione e la sostenibilità	«	33
2.4.2 Dalla gestione piramidale al management diffuso: l'innovazione manageriale in sanità	«	45
Conclusioni	«	53
3. LA METODOLOGIA DELLO STUDIO	«	56
4. PERCEZIONI E VISSUTI DEL MIDDLE MANAGEMENT	«	59
4.1 Il clima organizzativo	«	59
4.2 I meccanismi della governance e gli aspetti organizzativi	«	60
4.3 Funzioni lavorative e formazione ricevuta	«	63
4.3.1 La misurazione delle performance	«	65
4.3.2 Etica: riferimenti valoriali personali ed istituzionali	«	66
4.4 La Governance Multilevel ed il ruolo del Middle Management	«	70
4.5 Questioni dai contorni incerti: budget e risultati	«	73
4.6 Questioni dai contorni incerti: ruoli e compiti del Middle Management	«	74
4.7 Le proposte: fattori del buon clima organizzativo e valori	«	76
4.8 Le proposte: contenuti e competenze della formazione	«	79
4.9 Le proposte: le libere opinioni degli intervistati	«	86

4.10	Alcune peculiarità dei Manager giovani	«	87
4.11	Le peculiarità del Sud e delle Isole	«	88
4.12	Le peculiarità degli IRCCS	«	88
4.13	Le opinioni dei Top Manager	«	89
5.	ALLEGATI	«	97
A.	Questionario per i Middle Manager	«	97
B.	Questionario per Top Manager	«	109
	Bibliografia	«	117
	Sitografia	«	120

LE AZIENDE E I MANAGER PARTECIPANTI ALLA RICERCA FIASO

Un sentito ringraziamento alle 55 Aziende Sanitarie e ospedaliere che hanno aderito al progetto di ricerca e ai 585 loro manager che hanno risposto al questionario conferendo alla ricerca una forte rappresentatività e significatività.

Basilicata	ASM Matera
	AOR Ospedale San Carlo di Potenza
Campania	ASL Caserta
	ASL Napoli 1 Centro
	ASL Napoli 2 Nord
	AORN Santobono Pausilipon di Napoli
	AORN Ospedale San Giuseppe Moscati di Avellino
Emilia-Romagna	AUSL Piacenza
	AUSL Parma
	AUSL IRCCS Reggio Emilia
	AUSL Modena
	AOU Policlinico S. Orsola – Malpighi di Bologna
Friuli Venezia Giulia	IRCCS CRO – Aviano (pn)
	IRCCS Materno Infantile “Burlo Garofolo” di Trieste
Lazio	ASL Roma 1
	ASL Roma 2
	ASL Roma 4
	ASL Rieti
	ASL Latina
	AO Ospedale San Camillo Forlanini di Roma
	AO San Giovanni Addolorata di Roma
	IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani di Roma
	IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma
	ARES 118 Lazio
Liguria	ASL 1 Imperiese
	ASL 4 Chiavarese
	IRCCS Istituto Giannina Gaslini
Lombardia	ATS Bergamo
	ATS Città Metropolitana Di Milano
	ATS Della Montagna
	ATS Dell’Insubria

	ASST Valcamonica
	ASST Bergamo Ovest
	ASST Bergamo Est
	ASST Santi Paolo E Carlo di Milano
	ASST Ovest Milanese
	FONDAZ. IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
	AREU Lombardia
Marche	I.N.R.C.A. Marche Di Ancona
Molise	A.S.Re.M Molise
Piemonte	ASL Città Di Torino
	ASL TO 4
	ASL VC
	ASL CN 1
	ASL AT (Asti)
	ASL AL (Alessandria)
	AO Santa Croce E Carle di Cuneo
	AO Nazionale Ss. Antonio E Biagio E Cesare Arrigo di Alessandria
Prov. Aut. Di Bolzano	ASDAA di Bolzano
Prov. Aut. Di Trento	APSS Trento
Puglia	ASL BA
	ARESS Puglia
Sicilia	CEFPAS
Toscana	ESTAR Toscana
Veneto	AOU Integrata di Verona

RINGRAZIAMENTI

FIASO ringrazia sentitamente per la collaborazione e la disponibilità i seguenti componenti del Gruppo di lavoro che ha condotto la ricerca all'interno del Forum Management Sanità.

Per **FIASO** hanno partecipato Valerio Fabio Alberti (Vice Presidente FIASO e Coordinatore FMS, Direttore Generale ASL Città di Torino), Luca Baldino (Coordinatore FIASO Emilia-Romagna, Direttore Generale AUSL di Piacenza), Lorenzo Ciletti (Ricercatore FIASO), Diana De Maffutiis (Marketing FIASO), Giuseppe De Filippis (Direttore Sanitario ASST Ovest Milanese), Nicola Pinelli (Direttore FIASO), Noemi Rossi (Consulente FIASO).

La ricerca è stata svolta grazie ad un accordo di collaborazione tra FIASO e **CNR-ITB** sotto la Direzione della prof.ssa Cinzia Caporale. Il CNR si è interfacciato per la raccolta e l'elaborazione dati con il centro **CODRES** nelle persone di Raffaele Cassa e Paolo Santurri.

Hanno inoltre sempre partecipato i Centri di Ricerca incaricati della seconda fase della ricerca: CEIS Università Tor Vergata di Roma (Marco Meneguzzo, Anna Volpe), Università degli studi di Milano (Federico Lega, Federica Bagnarol), ALTEMS e CERISMAS Università Cattolica di Roma (Americo Cicchetti, Irene Gabutti).

Il Forum Management Sanità ha potuto contare sulla collaborazione e partecipazione attiva di tutti i suoi componenti tra le **Associazioni professionali e Società scientifiche**:

AIIC	Associazione italiana ingegneri clinici	Lorenzo	Leogrande
	Associazione italiana ingegneri clinici	Emilio	Chiarolla
	Associazione italiana ingegneri clinici	Veronica	Bacocco
AIREPSA	Associazione Rssp ambiente sanitario	Matteo	Tripodina
	Associazione Rssp ambiente sanitario	Maddalena	Quintili
AISIS	Associazione italiana sistemi informativi in sanità	Giuliano	Pozza
	Associazione italiana sistemi informativi in sanità	Marco	Foracchia
	Associazione italiana sistemi informativi in sanità	Alberto	Ronchi
ANMDO	Associazione nazionale medici di direzione ospedaliera	Gianfranco	Finzi
	Associazione nazionale medici di direzione ospedaliera	Michele	Tancredi Louidice
CARD	Confederazione associazioni regionali di distretto	Gennaro	Volpe
	Confederazione associazioni regionali di distretto	Luciano	Pletti
CID ITALIA	Comitato Infermieri Dirigenti	Rita Patrizia	Tomasin
	Comitato Infermieri Dirigenti	Fabrizio	Polverini
FADOI	Federazione associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti	Dario	Manfellotto
	Federazione associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti	Andrea	Fontanella

	Federazione associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti	Francesco	Orlandini
	Federazione associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti	Gualberto	Gussoni
FARE	Federazione delle associazioni regionali degli economisti e dei fornitori della sanità	Sandra	Zuzzi
	Federazione delle associazioni regionali degli economisti e dei fornitori della sanità	Maria Grazia	Colombo
HCRM	Hospital and Clinical Risk Managers	Alberto	Firenze
SIAS	Società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la sanità	Daniela	Pedrini
SIFO	Società italiana di farmacia ospedaliera	Simona	Creazzola
	Società italiana di farmacia ospedaliera	Maria Grazia	Cattaneo
SIHRMA	Società italiana degli healthcare manager	Andrea	Socchetti
	Società italiana degli healthcare manager	Andrea	Minarini
SIMM	Società italiana medici manager	Giuseppe	Massazza
	Società italiana medici manager	Mattia	Altini
	Società italiana medici manager	Andrea	Silenzi
SITI	Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica	Fausto	Francia
	Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica	Enrico	Di Rosa
Network FIASO	Network Professionale Responsabili Capitale Umano	Andrea	Colombo
	Network Professionale Responsabili Capitale Umano	Isabella	Lanzone
	Network Professionale Responsabili Capitale Umano	Rosa	Magnoni

Negli incontri del FMS dedicati alla presentazione preliminare dei risultati hanno attivamente partecipato garantendo un qualificato contributo sui temi della ricerca i partner che hanno sostenuto la ricerca: Alessandra Gelera (**Boston Scientific Italy**), Cristiano Reboldi e Alessandra Falcone (**Celgene Italia**), Enrico Troiano e Andrea Pierini (**Roche S.p.A.**), Giuseppe Scaramuzza (**Merck Serono**), Massimo Lomartire e Rita Petrina (**Willis Towers Watson**), Antonio Mazzola (**Boehringer Ingelheim**).

Un particolare ringraziamento viene rivolto a Claudio Iandolo (Willis Towers Watson) per aver garantito un valido contributo all'impianto metodologico della ricerca (si veda oltre nel testo).

Le ragioni della ricerca

di **Valerio Fabio Alberti e Nicola Pinelli**

I cambiamenti in atto pongono al sistema sfide impegnative che devono essere affrontate con profili professionali orientati alle capacità e attitudini gestionali. Per la piena realizzazione degli obiettivi di politica sanitaria occorre poter contare su una classe dirigente preparata e motivata. La valorizzazione dei profili professionali e la definizione di percorsi di carriera gestionali rappresentano elementi che possono aumentare la qualità di risposta da parte del SSN.

È nota l'importanza dei processi evolutivi in atto nella gestione sanitaria e dei risvolti che essi hanno sulle dinamiche gestionali interne. Accorpamento delle aziende, *spending review*, integrazione socio-sanitaria, digitalizzazione, ospedali per intensità di cura, PDTA, piattaforme di servizio, centrali di acquisto (solo per citare i cambiamenti più importanti), pongono in maniera nuova il tema della *governance* e del ruolo della dirigenza.

L'alta complessità del sistema sanitario non è stata sempre accompagnata da un'adeguata capacità di progettazione organizzativa orientata allo sviluppo del proprio assetto interno. Riflettere sullo stato dell'arte e le prospettive professionali e gestionali del management delle Aziende sanitarie ed ospedaliere significa rispondere alle problematiche inerenti la *governance* e i processi decisionali, all'identità professionale delle diverse aree di competenza e alle modalità della formazione.

A questo deficit di orientamento strategico, FIASO ha dato risposta nel luglio del 2016, aggiornando il proprio Statuto¹, e, in tale prospettiva, ha promosso nel novembre dello stesso anno la costituzione del Forum con il coinvolgimento delle Associazioni professionali e Società scientifiche rappresentative del middle management delle Aziende sanitarie:

- AIIC, Associazione italiana ingegneri clinici
- AIREPSA, Associazione servizi prevenzione e protezione ambiente sanitario
- AISIS, Associazione italiana sistemi informativi in sanità
- ANMDO, Associazione nazionale medici di direzione ospedaliera
- CARD, Confederazione associazioni regionali di distretto

¹ All'articolo 2 impegna la Federazione a promuovere "forme di rappresentanza del top e del middle management attraverso la costituzione di un forum permanente, al quale possono aderire società scientifiche, associazioni professionali, nonché singoli professionisti che operano o abbiano operato nelle Aziende sanitarie".

- CID Italia, Comitato Infermieri Dirigenti Italia
- FADOI, Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti
- FARE, Federazione delle associazioni regionali degli economisti e dei fornitori della sanità
- HCRM, Hospital & Clinical Risk Managers
- SIAIS, Società italiana dell'architettura e dell'ingegneria per la sanità
- SIFO, Società italiana di farmacia ospedaliera
- SIHRMA, Società italiana degli healthcare risk manager
- SIMM, Società italiana medici manager
- SITI, Società italiana igiene medicina preventiva e sanità pubblica

Il Forum del management delle Aziende sanitarie risponde alle sollecitazioni cui è continuamente esposto il sistema sanitario perseguendo i seguenti obiettivi:

- costruire un centro rappresentativo e di riferimento per la cultura manageriale in sanità
- favorire il confronto tecnico sulle questioni emergenti di politica sanitaria
- sviluppare la gestione per processi attraverso l'integrazione professionale
- promuovere i profili professionali del *top* e *middle management* delle Aziende sanitarie attraverso il confronto e l'integrazione professionale.
- valorizzare le esperienze dei professionisti sul tema dell'innovazione
- favorire la collaborazione tra le associazioni partecipanti al Forum
- promuovere una Convention del management

Il Forum del Management della Sanità (FMS) si candida dunque a divenire elemento chiave di successo per il SSN, per la sua sostenibilità e il continuo miglioramento della sua efficacia

Nel percorso di condivisione sulle attività da sviluppare all'interno del Forum è stato subito promosso un progetto che prevede di investire sulla definizione dei profili professionali (manageriali e tecnico-specialistiche) delle figure coinvolte a partire dalla rilevazione del clima organizzativo: dalle aree critiche gestionali e professionali fino ad arrivare alla soddisfazione e percezione della qualità del lavoro svolto, alle possibili indicazioni rispetto alla riorganizzazione, al riassetto ed ai fabbisogni formativi, alle competenze presenti e future, alle questioni inerenti la organizzazione gestionale, gli spazi di carriera, i meccanismi di controllo, le forme di concertazione e gestione strategica.

Lo studio qui presentato è il primo prodotto del Forum e si configura come una analisi del ruolo, delle funzioni, delle competenze e delle prospettive del Middle Management sanitario in Italia, realizzato attraverso una indagine di sfondo sulla letteratura ed una raccolta di questionari compilati dal middle e dal top management delle Aziende aderenti al progetto.

I contenuti principali dell'indagine sono stati definiti e condivisi nell'ambito del Forum Management in Sanità a partire dalle proposte elaborate dal Centro di ricerca. Si rivolge un sentito ringraziamento a tutti i partecipanti (si veda oltre sezione dedicata) che sono stati attivi protagonisti di un percorso biennale di conoscenza, collaborazione e crescita comune.

1. I principali risultati

di Carla Collicelli

1.1 Gli obiettivi e la strategia dello studio

Per le diverse aree professionali e competenze tecniche si è in presenza di una situazione contraddittoria. Da un lato crescono le responsabilità e le incombenze affidate a professionalità mediche e non mediche che si collocano tra il Management apicale ed i professionisti che gestiscono i servizi, ma da un altro lato nulla o troppo poco si è riflettuto ed innovato rispetto al ruolo e alle funzioni svolte da queste figure professionali, quasi che le sfide della modernizzazione non li toccassero.

Per cui una fascia di dirigenza intermedia, che sostiene una parte considerevole della attività gestionale, rischia di rimanere involupata in un dedalo di incombenze burocratiche ed amministrative tradizionali e nuove a seguito dei cambiamenti in corso, senza poter dedicare la necessaria attenzione alle innovazioni avvenute ed in preparazione ed ai problemi ad esse connessi.

La stessa identità ed il senso degli obiettivi alla base della missione istituzionale ne escono indeboliti, e si sente quindi l'urgenza di acquisire un *back ground* solido di informazioni e di sviluppare una strategia adeguata di *up-grading* e rinnovamento rispetto alle competenze, agli assetti organizzativi, alla ottimizzazione delle risorse, al raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia, alla assicurazione della continuità della cultura aziendale, della supervisione e del presidio dei meccanismi interni, alla facilitazione del clima interno.

Da qui l'esigenza di avviare un percorso di ricerca sullo stato dell'arte e le prospettive professionali e gestionali del Middle Management delle aziende sanitarie, sulle problematiche inerenti la governance ed i processi decisionali, sull'identità professionale delle diverse aree di competenza e sui canali e le modalità della formazione. E queste esigenze si sponano con quanto propostosi da FIASO attraverso la istituzione di un apposito Forum del Middle Management nel proprio Statuto.

Su questa base sono state definite le aree tematiche dell'indagine:

- conoscenza e fiducia rispetto agli obiettivi strategici del sistema sanitario nazionale e regionale;
- soddisfazione per il proprio lavoro ed il clima organizzativo;

- competenze e ruoli;
- motivazioni professionali e umane;
- criticità inerenti lo svolgimento della propria attività professionali;
- problematiche inerenti gli aspetti relazionali, la comunicazione e l'empowerment;
- rapporti con la domanda di servizi e con l'utenza;
- aspetti relativi alla formazione ed all'aggiornamento presenti e auspicabili;
- valutazione dei processi di riforma in corso;
- aspettative e proposte migliorative in merito a strategie, innovazione organizzazione e formazione.

1.2 Lo stato dell'arte del dibattito teorico su sanità e Middle Management

La prima parte del lavoro è stata dedicata ad una analisi secondaria di letteratura che viene illustrata nel capitolo 2 del presente Rapporto. In estrema sintesi, l'analisi della letteratura indica come il passaggio da organizzazioni sanitarie fortemente burocratizzate e basate su una gerarchia di tipo verticale ad aziende basate su un management "diffuso" non sia né rapido né facile, e come si renda necessaria una solida e costruttiva azione di accompagnamento del cambiamento. Il che non può avvenire senza mettere mano ad investimenti da effettuare proprio sulla dirigenza aziendale.

Ne risulta che gli aspetti chiave su cui la presente ricerca si basa per quanto riguarda i messaggi provenienti dalla analisi della letteratura ed i relativi obiettivi di dettaglio possono essere descritti come segue.

- Studiare il clima organizzativo per migliorare il benessere di un'organizzazione è una questione che, seppur dibattuta da molti decenni a livello teorico, sta trovando solo negli ultimi anni nella ricerca applicata spunti fondamentali per il miglioramento della gestione e delle performance delle organizzazioni. Tali spunti hanno permesso di formulare teorie più moderne e adatte alla gestione di strutture organizzative eroganti servizi e sempre più basate su figure professionali e manageriali. Investire nel benessere organizzativo delle aziende sanitarie tramite questi nuovi approcci sembra essere elemento essenziale di congiunzione tra esigenze etiche e necessità di efficienza ed efficacia.
- Il passaggio da government a governance sta producendo cambiamenti strutturali straordinari. Questo in Italia è stato possibile grazie alla riforma aziendalistica degli anni '90, anche se si è trattato di un processo lungo e non indolore sul quale occorre ancora riflettere, sia per difficoltà di implementazione sia per necessità di miglioramento di quanto già è stato fatto. Ma la riflessione deve poter avere risvolti pratici: con la nostra ricerca intendiamo proprio poter restituire risultati utili per i processi di cambiamento necessari per affrontare le nuove sfide sia sul fronte della qualità del servizio erogato sia su quello della sostenibilità.

- Inoltre, con l'aziendalizzazione si presenta sempre più la necessità di valorizzare il concetto di professione come spinta al superamento della burocrazia amministrativa. Intendiamo quindi capire non solo le esigenze dei *Top Manager*, ma anche e soprattutto quelle dei dirigenti intermedi, la cui funzione nelle nostre aziende sanitarie pare essere abbastanza sottovalutata. Riteniamo infatti che per poter restituire risultati significativi e densi di spunti per il cambiamento e per comprendere come la sanità italiana potrà muoversi nella giusta direzione negli anni a venire sia necessario dar voce all'intera platea dei professionisti socio-sanitari. Come visto nella nostra analisi poi, se si vuole ottimizzare performance e benessere organizzativo, non si può non cercare di investire per far nascere nelle aziende sanitarie un codice deontologico comune.
- Ma il miglioramento non può prescindere da un'adeguata ed aggiornata formazione dei professionisti e da un corretto indirizzamento delle loro funzioni in base ad una precisa identificazione di ruoli e competenze. Questo approccio permette di offrire ai professionisti che vengono interpellati percorsi verso quell'empowerment di cui tanto si è parlato in relazione ai bisogni del cittadino e che sta permettendo di rendere il paziente proattivo e collaborativo. Nel caso del professionista ciò dovrebbe poter incidere fortemente sulle capacità organizzative.
- Tutto ciò ha come fine ultimo il miglioramento della qualità dei servizi, che deve continuare ad essere aspetto primario strettamente legato all'obiettivo di consolidare un modello di sanità pubblica fortemente basata sull'etica, e di imboccare una strada che porti anche notevoli e ulteriori vantaggi sul piano della sostenibilità.

1.3 I risultati dell'analisi sul campo

Il Capitolo 4 del presente Rapporto è interamente dedicato alla descrizione ed al commento dei risultati ottenuti attraverso l'indagine tramite questionario presso il campione di Middle Manager delle aziende che hanno aderito al Forum ed alla ricerca, con alcuni confronti con i risultati del questionario sottoposto a 35 Top Manager delle stesse aziende.

Rimandando per i dettagli allo specifico capitolo, da un punto di vista generale lo studio fa emergere una situazione caratterizzata da molti aspetti positivi, sia in termini di valutazioni sullo stato dell'arte degli assetti organizzativi, che dal punto di vista del clima e della percezione di ruolo, assieme ad alcune criticità la cui evidenziazione costituisce un elemento di notevole interesse per il progetto, che ne potrà trarre indicazioni estremamente utili per le proposte di successiva azione e programmazione degli interventi.

Per quanto riguarda le valutazioni espresse dagli intervistati in merito al proprio ambiente di lavoro, alla organizzazione e al clima interno, l'indagine ha permesso di cogliere numerosi elementi di conferma rispetto alla consapevolezza, ben diffusa tra gli studiosi e

gli addetti ai lavori, del buon livello organizzativo ed operativo della sanità italiana, anche rispetto a quanto rilevato in altri ambiti della pubblica amministrazione italiana.

Valutazioni estremamente positive, con valori molto vicini al 90%, si registrano infatti innanzitutto per quanto riguarda la identificazione dei singoli Manager con la missione della propria struttura e la soddisfazione per il proprio lavoro, e notevole appare essere lo spirito di corpo, tanto è vero che la maggioranza degli intervistati (oltre il 95%) usa esprimersi con il “noi” quando parla della struttura. Identica situazione si rileva per ciò che attiene all’interesse dei Manager per il proprio lavoro, che viene giudicato stimolante nella maggior parte dei casi (oltre il 95%). La reputazione della propria struttura sta molto a cuore ai dirigenti di livello intermedio, tanto che le eventuali critiche vengono percepite dai più come un’offesa personale, e forte è l’interesse espresso su quello che pensano gli utenti della struttura (oltre il 98%).

Analoga situazione si verifica rispetto alle valutazioni sugli assetti organizzativi, anche se con valori percentuali meno marcati, ma sempre molto alti. I dirigenti di medio livello affermano in maggioranza che nella loro struttura si discute e si riflette sul modo con cui si lavora (69,4%), e che i dirigenti apicali danno valore al lavoro svolto dai Middle Manager (67,2%). L’attenzione generale risulta centrata non solo sulle prestazioni individuali, ma anche su quelle dell’Unità organizzativa nel suo insieme (91,8%) ed il livello di collaborazione risulta molto alto.

La trasparenza gestionale sembra non dare problemi in nessuna delle situazioni lavorative dei Manager intervistati. Infatti, gli obiettivi della propria Unità organizzativa sono giudicati chiari da una stragrande maggioranza dei rispondenti, ed anche i meccanismi decisionali risultano chiari. I cambiamenti gestionali ed organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale per oltre l’85% dei rispondenti.

Ancora, in termini positivi, le valutazioni raccolte confermano una realtà di decisa chiarezza e identificazione dei Manager per quanto riguarda le proprie funzioni lavorative e gli assetti formativi. L’organigramma della struttura è chiaro a tutti, i compiti e le funzioni da svolgere sono chiari per oltre il 95% dei rispondenti. Le attività formative cui si è avuto modo di partecipare sono considerate utili per il proprio lavoro da oltre l’85% dei rispondenti.

Ed anche le performance della propria struttura vengono indicate come positive. La assistenza fornita ai pazienti/utenti è qualitativamente adeguata per oltre il 91%. Le valutazioni di performance riguardano anche il lavoro complessivamente realizzato dal team di appartenenza. Gli strumenti di valutazione esistono e sono differenziati per tipologia di funzione e livello.

A fronte di una situazione altamente positiva, che traspare dai dati citati, le criticità rilevate dall’indagine riguardano alcune questioni di una certa importanza, ed in particolare

l'ambito de rapporto tra mission e vincoli posti alla dirigenza, quello della governance multilevel ed il peso della burocrazia.

Per quanto riguarda il rapporto tra mission e vincoli, una ampia sezione del questionario ha riguardato la percezione delle condizioni nelle quali i dirigenti si trovano ad operare nel realizzare gli obiettivi della propria struttura, un ambito relativamente poco studiato ed anche poco considerato nell'ambito della programmazione organizzativa del lavoro in ambito sanitario, ma fortemente sentito dai diretti interessati. Gli intervistati, infatti, si sentono a questo proposito in grande maggioranza (98%) responsabili della promozione dei valori etici di equità, universalità e uguaglianza verso i propri collaboratori, ma rilevano al tempo stesso che le problematiche di tipo deontologico non si presentano frequentemente nella loro attività professionale (secondo il 60,4%) né capita di confrontarsi frequentemente con i colleghi su simili temi (67,5%).

Per ciò che attiene alla governance multilevel, alcune criticità emergono laddove tra i principali problemi nel rapporto tra management apicale e Middle management gli intervistati indicano con una certa frequenza la carenza di comunicazione (44,6%) e di conoscenza reciproca. Possono essere ascritti a questa area problematica anche i pareri critici sugli accorpamenti tra strutture e sugli adempimenti burocratici. Secondo gli intervistati, gli accorpamenti provocano difficoltà gestionali (53,3%) e peggioramento dei servizi (9,6%). Ed anche il carico di incombenze burocratiche incide sul lavoro dei Middle Manager notevolmente (molto 52,2%, abbastanza 41%).

Una ulteriore serie di risultati mostra la compresenza di situazioni diverse tra loro, per la comprensione delle quali sarebbe auspicabile poter effettuare degli approfondimenti. Si tratta della comunicazione interna a cura della direzione aziendale, giudicata positivamente da quasi la metà del campione e negativamente dall'altra metà. La possibilità di incidere sulle procedure di budgeting è effettiva e reale per il 56,7%, ma non per gli altri, e le risorse a disposizione risultano sufficienti per il 40,4%.

Di particolare interesse risultano alcune ulteriori ambiguità rilevate in merito al ruolo del Middle Management. Per il 63,6% non sussiste sufficiente coerenza tra i compiti definiti dalle disposizioni ufficiali e le funzioni richieste concretamente. Il peso delle diverse competenze è diversificato, e fa registrare tre blocchi di pari peso rispetto alle competenze tecnico-specialistiche, comportamentali-manageriali ed organizzativo-gestionali.

Infine, per quanto riguarda le proposte raccolte, si registra l'esigenza di promuovere le relazioni umane e di prevenire lo stress lavoro correlato (60,3%) e quella di sviluppare forme di leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti) per il 76,1% dei rispondenti.

Rispetto all'area dei valori, il 54,2% dei rispondenti indica equità, trasparenza ed onestà come la cosa più importante da promuovere.

Le competenze chiave più importanti da promuovere nel Middle Management sono se-

condo gli intervistati comunicazione e ascolto (68,3%), accuratezza e qualità del lavoro (57,3%), organizzazione per obiettivi (55,6%), propensione al cambiamento (44,9%) e sviluppo dei collaboratori (44,1%).

I contenuti della formazione da implementare, maggiormente quotati tra i Middle Manager, sono di nuovo la comunicazione e le relazioni professionali (57,2%), gli strumenti di management (56,3%), le tecnologie (50,1%), le strategie per la sostenibilità (48,4) e innovazione e creatività (47%).

2. Lo stato dell'arte della riflessione teorica

2.1 Risultati generali

Volendo sintetizzare il lavoro svolto sullo stato dell'arte delle riflessioni teoriche sul tema in oggetto, si può dire che il funzionamento delle organizzazioni complesse, unitamente a quello del ruolo dei professionisti e dei Manager, è da molto tempo oggetto di studio delle scienze sociali ed in particolare della Sociologia dell'organizzazione. I temi su cui principalmente le analisi si sono soffermate sono quelli della struttura e delle funzioni delle organizzazioni complesse, dello stile di governo, del ruolo delle diverse categorie di operatori e Manager, del clima organizzativo e della innovazione e reazione ai cambiamenti di contesto.

Per quanto riguarda la struttura e le criticità delle organizzazioni sanitarie moderne, la letteratura analizzata ci rimanda un quadro nel quale la complessità viene ricondotta ad una serie di fattori, definiti sottosistemi operativi, cui corrispondono altrettante funzioni strategiche e specialistiche, che sono l'area degli obiettivi da raggiungere, quella della struttura organizzativa, la divisione del lavoro, la comunicazione, il controllo, il coordinamento, la gestione delle risorse umane, il rapporto con l'utenza.

A queste aree corrispondono altrettante funzioni di management, nelle quali il manager deve essere in grado di applicare le proprie conoscenze e le proprie competenze tecnico-specialistiche, ma senza trascurare le esigenze di un approccio flessibile, orientato alla situazione e al cliente ed arricchito da quelle che possono essere chiamate le competenze soft.

Allo scopo di rendere funzionale un simile approccio, le organizzazioni moderne hanno vissuto un passaggio dalla centralità degli obiettivi formali e procedurali a quella del raggiungimento degli obiettivi e della misurazione dei risultati finali, cui è corrisposta anche una nuova e più articolata concezione di management, orientata a cercare di raggiungere il giusto equilibrio tra formalizzazione del ruolo del management come vera e propria professione, necessità di un codice di condotta adeguato, ma anche promozione della fiducia da parte della società tutta, dai mandatarî istituzionali alle utenze finali.

Per quanto riguarda in particolare il cosiddetto Middle Management, le unità organizzative di governo intermedio hanno l'importante funzione di raccordo tra la direzione

generale e l'area operativa, il che può avvenire seguendo due possibili tipi di approccio: un approccio di tipo gerarchico, quando vi sono relazioni di dipendenza diretta gerarchicamente ordinate; ed un approccio funzionale quando si realizzano piuttosto supporto e collaborazione multidirezionali. Tali tipi di rapporti organizzativi dipendono sia dalle norme in vigore sia dagli obiettivi che l'organizzazione deve perseguire, e le diverse funzioni e specializzazioni si traducono nell'organigramma dell'azienda.

Per lo più le analisi ci indicano la esistenza di due principali tipologie di Middle Manager: i *professional*, con alte competenze tecniche, e con specifici ruoli e funzioni di tipo tecnico ed i *coordinatori di team*, che svolgono un ruolo di supervisione di altri professionisti garantendo il corretto svolgimento delle attività. I primi hanno una formazione ed un'attitudine prettamente tecniche e solitamente si affidano alla loro autorevolezza tecnica e si fanno guidare dall'esperienza. Il loro approccio si basa sulla capacità di risolvere i problemi operativi. Ciò non è certamente un male, tuttavia in azienda è ormai sempre più necessario puntare sulla capacità di lavorare in team e di saper coordinare. Perciò particolarmente rilevante è la funzione svolta dal secondo tipo di manager, i cosiddetti coordinatori, che hanno il compito di organizzare, coordinare e supervisionare un team di persone, al di là delle loro competenze tecniche. Da questo punto di vista diventano molto importanti funzioni che per la prima tipologia hanno un valore secondario, come la capacità di massimizzare il valore prodotto ed il lavoro di gruppo, di saper gestire e risolvere i conflitti interni, di far fronte ad eventuali imprevisti. Nello svolgimento di queste funzioni, i Manager assegnano gli obiettivi, danno le direttive, rimodulano le priorità, organizzano il lavoro, si occupano di coordinare le risorse umane, economiche e tecnologiche in funzione di obiettivi prefissati, e risulta quindi necessario che essi siano particolarmente attenti al benessere complessivo dell'organizzazione ed in particolare a quello del team di cui si occupano.

È questo il motivo per cui si è dato avvio in tutto il mondo avanzato ad un filone di ricerche ed analisi sul clima organizzativo aziendale, sui rapporti gerarchici e di collaborazione all'interno delle strutture, ed in particolare sul rapporto tra queste problematiche e le relative competenze professionali e manageriali ai fini del miglior risultato possibile per l'attività specifica e gli specifici obiettivi della struttura.

In questo ambito molto poco spazio è stato dato fino ad oggi alle funzioni del Middle Management ed alla importanza del loro ruolo, sia per quanto riguarda il coordinamento delle attività cui sono preposti, che per ciò che attiene ai rapporti gerarchici top down e bottom up ed alle funzioni relazionali e di comunicazione.

Dagli studi risulta che occorre invece valorizzare le competenze del Middle Management, aiutandolo a passare da un ruolo tradizionale di supervisione ad un vero e proprio approccio di *coaching* del team che gestisce, in un'ottica di condivisione della mission aziendale che coinvolga anche i Top manager.

Il che significa che il Middle Manager deve unire all'insieme delle conoscenze relative al suo ruolo professionale specifico, quelle proprie della mission, rimodulando le proprie *skills* grazie a conoscenze e competenze integrate.

Per quanto riguarda il clima organizzativo in modo particolare, gli studi fino ad oggi condotti in sanità e non solo si sono limitati a considerare la tematica con riferimento alla totalità delle competenze e delle unità operative e professionalità, senza occuparsi in maniera diretta e specifica del Management intermedio. E si sente quindi la necessità urgente di valutare il rapporto tra clima organizzativo e vari livelli di Management.

Il concetto di clima è multidimensionale: è qualcosa di più della semplice organizzazione, comprendendo anche variabili soggettive relative ai professionisti che vi fanno parte, tra cui le percezioni e le rappresentazioni mentali di questi ultimi, nonché le dinamiche di relazione tra lavoratori, il tipo di cultura organizzativa, ma anche il contesto sociale. Tra le variabili soggettive particolarmente rilevante risulta lo stress lavorativo, ma anche le modalità con le quali il professionista si relaziona col management. La qualità delle relazioni risulta determinante, compresa quella tra individuo e organizzazione.

Si definisce il clima organizzativo in generale come “l'insieme delle opinioni, delle percezioni, dei vissuti e dei sentimenti dei membri di un gruppo, che colgono la qualità dell'ambiente, ovvero l'atmosfera del gruppo stesso”. Il benessere organizzativo nell'ambito delle amministrazioni pubbliche può essere invece definito come: “l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative”.

Per quanto riguarda le sfide all'ordine del giorno nella sanità italiana, in particolare per ciò che attiene alle funzioni manageriali, la prima questione che si pone sulla base degli studi pregressi è quella nell'innovazione manageriale nel passaggio dalle logiche di government a quelle di governance.

Come noto, il government prevede l'esercizio di un potere gerarchico organizzato verticalmente, con una divisione dei ruoli e delle responsabilità basata prevalentemente su regole formali. Nel settore pubblico il funzionamento del modello si basa su decisioni sulle quali insiste in maniera forte la sfera politica, cui la amministrazione deve attenersi, con il risultato di una prevalenza di burocrazia amministrativa e relative logiche formali. Mentre la governance si definisce come “il processo di coordinamento di attori, gruppi sociali, istituzioni per il raggiungimento di obiettivi propri, discussi e definiti collettivamente in ambienti frammentati e incerti”. Dunque, secondo una logica orizzontale.

È oggi evidente che, per diventare veramente efficaci ed efficienti, le odierne organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) necessitano di

essere liberate da logiche eccessivamente formali per abbracciare fino in fondo forme di razionalità e di valori tipici della governance.

Tra i vari cambiamenti che occorre affrontare si riscontra inoltre in letteratura la questione della dicotomia tra aziende «grandi» e «piccole», e quella delle criticità collegate al recente processo di accorpamento aziendale. Ed anche questo elemento induce ad una necessaria valorizzazione del Middle Management, affinché possano essere messi in cantiere processi innovativi adeguati, modalità più funzionali di management, nonché una formazione dei manager consona alle nuove sfide, con particolare attenzione proprio per i Middle Management, responsabile della gestione degli snodi intermedi tra vertice strategico e nuclei operativi.

E la crescente complessità insita nel sistema pone come sfida, oltre al coinvolgimento di tutti gli stakeholder secondo un approccio bottom-up, anche la attenzione non più solamente agli output (risultati immediati dell'adempimento delle procedure tecniche e formali), ma anche agli outcome (esiti degli interventi).

Secondo alcuni autori di studi che hanno avuto avvio già negli anni 90, il cambiamento necessita di un approccio particolarmente eclettico, basato su diverse figure professionali, ed anche sull'apporto di diverse discipline, tra le quali le scienze sociali e comportamentali. In particolare il riferimento va ad una serie di competenze che vengono indicate come necessarie per il management sanitario, e che comprendono la capacità di creare rete e relazioni positive con organizzazioni di servizi non inerenti alla salute, relazionarsi con gli utenti per meglio comprendere e soddisfare le loro esigenze, sviluppare database ed altre forme di verifica e controllo sulle attività, conoscere il punto di vista dei consumatori, possedere una visione di insieme nonché doti di team leader e capacità di *project management* per andare oltre alle divisioni strutturali e riuscire a mescolare le diverse competenze.

Cresce in maniera esponenziale nel corso degli studi la attenzione per il concetto di empowerment del professionista nelle Aziende sanitarie, fondamentale per promuovere il benessere ed il clima organizzativo, e di conseguenza l'efficacia, l'efficienza e la produttività aziendale.

2.2 Le moderne organizzazioni: dalla burocrazia alla gestione strategica per obiettivi e risultati

In questa sede non interessa analizzare in modo approfondito ed esaustivo la moltitudine di approcci teorici e di contributi scientifici che costituiscono i contenuti della cultura organizzativa della modernità, ragion per cui ci si è concentrati su alcuni aspetti particolarmente rilevanti per la ricerca, ed in modo particolare sul tema del passaggio dalle

logiche burocratico-formali a quelle professionali focalizzate sugli obiettivi, con specifica attenzione per il processo di professionalizzazione dei *manager*.

Il presente capitolo è dedicato quindi ad una analisi di sfondo sui cambiamenti intervenuti nelle organizzazioni eroganti servizi, allo scopo di trarne indicazioni utili per gli obiettivi della ricerca.

Le moderne organizzazioni che ricadono sotto il nome di amministrazioni, in un'ottica prettamente burocratico-formale più che professionale, nascono nella seconda metà dell'800, quando vengono istituiti precisi criteri di selezione dei funzionari e loro percorsi di carriera come mai era precedentemente avvenuto. Inoltre, vengono istituzionalizzate una serie di regole. La razionalità burocratica è il principale caposaldo di questa prima fase di vita sia delle organizzazioni amministrative eroganti beni tangibili, sia in minor misura (in quanto settore ancora minoritario) delle aziende di servizi¹.

2.2.1 Il management

Un dilemma pratico che deriva dalle riflessioni introdotte dal dibattito iniziato da Drucker² e ripreso da Mintzberg³ è insito nella domanda: i manager hanno bisogno di una specifica formazione (come un MBA⁴) oppure ciò che conta davvero sono l'esperienza e le capacità innate? C'è chi sostiene che un corso preparatorio come appunto l'MBA servirebbe più che altro ai futuri manager a crearsi una rete di contatti per il proprio lavoro. Il management sarebbe tanto arte/mestiere che scienza. In particolare, le competenze cosiddette soft, quali le capacità comunicative, le capacità relazionali e quelle di leadership, non sarebbero conseguibili tramite alcun corso preparatorio. L'ovvia conclusione sarebbe quindi che coloro che possiedono una specifica formazione nel campo non sarebbero più capaci di coloro che non ce l'hanno. In realtà, non si può non tener conto del fatto che il corpus di conoscenze via via in aumento abbia accelerato e incentivato l'innovazione e che il management, almeno in parte, debba basarsi anch'esso sulla padronanza delle conoscenze scientifiche relative alle organizzazioni professionali.⁵

Un altro contributo interessante (1980), anche perché italiano, è quello di Gian Paolo Prandstraller (1926-)⁶, che ricorda per l'appunto che quando si tratta di professioni vi

¹ Fedele, 2002.

² Peter Ferdinand Drucker (Vienna, 19 novembre 1909 – Claremont, 11 novembre 2005) è uno degli autori di riferimento per gli studi e la formazione relativi al management. È stato consulente in tutto il mondo per imprese, enti governativi e organizzazioni no profit.

³ Henry Mintzberg (Montreal, 2 settembre 1939) è un famoso accademico canadese, studioso di scienze gestionali, ricerca operativa, organizzazione e strategia.

⁴ *Master's in business administration*.

⁵ Khurana, Nohria, 2008.

⁶ Sociologo, autore di numerose opere teoriche e di ricerca su varie tematiche, tra cui quelle orientate allo studio del lavoro intellettuale, delle professioni, delle organizzazioni e delle associazioni professionali.

sono molti aspetti da considerare, a partire dal fatto che dietro una professione vi è sempre un sistema strutturato di conoscenze scientifiche e tecniche, cui corrispondono gradi di specializzazione diversi che vanno ad identificare le specificità di ciascun ruolo. Un'organizzazione può quindi essere più o meno complessa a seconda della gamma di ruoli in essa presente; inoltre ogni grado di specializzazione determina particolari relazioni con gli altri.

Normann sottolinea a questo proposito come il meccanismo che riguarda il modo in cui l'azienda mobilita e concentra le risorse umane, individuando i giusti professionisti per i giusti ruoli, chiamato *personnel idea* dell'azienda, possa definirsi come il grado e il tipo di integrazione fra le capacità, le attese e le esigenze vitali di un particolare gruppo di persone, da un lato, e l'ambiente o contesto che l'azienda può offrire a quel gruppo continuando a soddisfare le esigenze del proprio business, dall'altro. Poiché un servizio, a differenza di un prodotto, non può essere immagazzinato, è maggiormente soggetto alla fluttuazione della domanda. Un approccio di tipo "*personnel idea*" applicato a tale problematica può essere risolutivo.

A ciò si lega anche, ancora una volta, l'esigenza specifica di formazione dei dipendenti, che negli anni passati non era affatto data per scontata. In genere le aziende di servizi hanno cominciato a gestire la questione elaborando una propria visione di "*personnel idea*", e si è verificato un processo di costante e continua riformulazione della visione, sia per correggere eventuali errori, sia per adattarsi ai mutamenti.

Le organizzazioni complesse possiedono al proprio interno una serie di fattori, definiti sottosistemi operativi, che vanno presi in considerazione nell'analizzare un'organizzazione, e ai quali già in parte si è fatto riferimento. Li riassumiamo:

- Gli obiettivi
- La struttura organizzativa
- La divisione del lavoro
- La comunicazione
- Il controllo e il coordinamento
- La gestione delle risorse umane.

A livello di razionalità e motivazioni degli agenti, i soggetti del terzo settore (appunto il no-profit) potrebbero giocare quindi un ruolo importante come modelli in alcuni processi per la gestione dei servizi sociosanitari, anche se rispondono a logiche diverse e a volte contrapposte a quelle delle aziende sanitarie. Sembrerebbe infatti che la ricerca del massimo profitto sia solamente un postulato ideologico, anche se mirare ad un profitto adeguato (che è un elemento per valutare l'efficienza aziendale e non un fine ultimo, come si accennava poc'anzi) rimane comunque importante. Inoltre, è stato evidenziato il rischio che massimizzare i profitti su breve termine possa minare l'esistenza dell'azienda

stessa. Ciò che è davvero importante è concentrarsi sui vari obiettivi considerandone la loro variabilità e procedendo in modo pragmatico.

La differenza è che il manager deve sapere applicare le proprie conoscenze e le proprie competenze secondo un approccio molto pratico, flessibile, orientato alla situazione e al cliente (anche grazie alle competenze soft). Ciò si traduce anche nella capacità del manager di applicare una visione di insieme. In epoca più recente quindi l'attenzione si è andata concentrando in maniera crescente su forme di razionalità professionale basata sulla conoscenza tecnico-scientifica e su tutti i fattori di contesto, oltre alle suddette competenze soft. E ciò nonostante le difficoltà dovute, almeno nel nostro Paese, ad una crescita quasi esponenziale di leggi e norme nei vari settori.

Tutto ciò si applica molto bene al settore sanitario, e molte analisi sono state condotte in particolare sull'ospedale, una forma particolarmente complessa e al tempo stesso un modello di organizzazione professionale avanzato: in essa gli specialisti, pur godendo di autonomia professionale, sono subordinati alla struttura amministrativa e la loro attività è inserita in un sistema di regole generali. Ciò lo rende una vera burocrazia professionale con punti di forza ma anche di debolezza. Tra i punti di forza la possibilità del professionista di usufruire di mezzi all'avanguardia, e di mettere in comune le strutture e soprattutto le conoscenze. Inoltre, il professionista, considerando alcuni punti di riferimento come la deontologia professionale e la condotta etica, gode di una relativamente elevata libertà di azione nell'esercizio delle proprie funzioni. Tale discrezionalità unita ad una certa mancanza di controllo sul proprio operato può portare però notevoli disparità in relazione alle competenze e alle capacità del singolo professionista; inoltre, se ci si limita ad una logica burocratica, si rischia di ignorare le esigenze del paziente, nonché di generare potenziali conflitti interni all'azienda, conflitti che possono riguardare anche decisioni amministrative quali l'allocazione delle risorse, e la struttura rischia di irrigidirsi rimanendo impermeabile alle innovazioni.

Si è quindi capito come fosse necessario che le organizzazioni passassero ad una logica professionale più adeguata al raggiungimento degli obiettivi: per far ciò è stato necessario elaborare una nuova e più articolata concezione di management. In particolare, ci si è domandati quale fosse l'utilità per le organizzazioni di una formalizzazione del ruolo del management come vera e propria professione nel senso della capacità di rispondere agli obiettivi. O, in altri termini, se il management abbia o meno bisogno di essere inquadrato in una professione, alla stregua di medici e avvocati. È questa la principale domanda che si pongono Rakesh Khurana (1967)⁷ e Nitin Nohria (1962)⁸ in un articolo pubblicato sulla *Harvard Business Review* (ottobre 2008). Gli autori sottolineano in particolare come il

⁷ Professore di Sociologia ad Harvard.

⁸ *Harvard Business School*.

management, per ottenere la fiducia da parte della società, debba adottare un codice di condotta.

Il comportamento morale è infatti parte fondamentale dell'identità manageriale. Non si tratta di un'idea del tutto innovativa, come ricordano gli autori, ma indubbiamente la discussione è ancora in atto. Infatti, ogni azienda o società solitamente si dota di un proprio codice deontologico, poiché manca di fatto un riferimento universale⁹. Certamente non è sempre facile raggiungere un codice di condotta accettabile da tutti. Tuttavia, evidenziano Khurana e Nohria, gli interessi degli stakeholder possono divergere al punto che il tentativo di soddisfarli tutti può creare più danni che benefici. È chiaramente necessaria, da parte del manager, quindi, la capacità di raggiungere compromessi accettabili da tutta l'organizzazione. Gli autori ricordano come le scienze sociali abbiano scoperto che il comportamento è influenzato dalle aspettative degli altri, per cui creare un ambiente improntato alla fiducia tra tutti gli stakeholder (tra i vari professionisti e tra professionisti ed utenti/clienti) non può che innescare circoli virtuosi volti al miglioramento sia del comportamento etico sia dell'efficacia delle performance erogate dall'organizzazione.

A questi ragionamenti si lega anche il concetto di middle management, che sta particolarmente a cuore a questa ricerca. Le unità organizzative di governo intermedio (chiamate appunto middle management) hanno infatti l'importante funzione di raccordo tra la direzione generale e l'area operativa, seguendo due possibili tipi di approccio:

- L'approccio gerarchico, quando vi sono relazioni di dipendenza diretta gerarchicamente ordinate;
- L'approccio funzionale quando si realizzano piuttosto supporto e collaborazione multidirezionali.

Tali tipi di rapporti organizzativi dipendono sia dalle norme in vigore sia dagli obiettivi che l'organizzazione deve perseguire. Le diverse funzioni e specializzazioni si traducono nello schema sinottico e formale che è l'organigramma dell'azienda. Qui vi si trovano descritte le varie connessioni tra le varie parti e funzioni e, implicitamente, i vari meccanismi di comando, interazione e collaborazione. Ciò permette di avere una visione di insieme, utile anche ai fini di una riprogrammazione dell'organizzazione. Tuttavia, come molti autori sottolineano, all'organigramma sfuggono tutti gli aspetti informali¹⁰.

Esistono due tipi di middle manager: i *professional*, con alte competenze tecniche, che sono stati premiati conferendo loro un ruolo manageriale; i coordinatori di team, che svolgono un ruolo di supervisione delle persone garantendo il corretto svolgimento delle attività aziendali. I primi hanno una formazione ed un'attitudine prettamente tecniche e generalmente fanno fatica a trovare appagante il ruolo del manager, cercando

⁹ Khurana, Nohria, 2008.

¹⁰ Hatch, Cunliffe, 2013.

di affidarsi alla loro autorevolezza tecnica e facendosi guidare dall'esperienza. Il loro approccio si basa sulla capacità di risolvere i problemi operativi. Ciò non è certamente un male, tuttavia in azienda è ormai sempre più necessario puntare sulla capacità di lavorare in team e di saper coordinare. Perciò il secondo e più rilevante tipo di manager, i cosiddetti coordinatori, hanno il compito di organizzare, coordinare e supervisionare un team di persone, indipendentemente dalle loro competenze tecniche. Spesso si sono distinti per la loro abilità di sapersi muovere, comunicare e relazionare con gli altri nei più svariati ambiti aziendali. Compito principale e di non poco conto è quello di far rendere al meglio il team per raggiungere gli obiettivi. Per far ciò devono gestire le dinamiche interne al fine di risolvere i conflitti. Di fatto il loro ruolo si basa sulla capacità di far fronte ad eventuali imprevisti, riorganizzando il team per massimizzarne l'efficacia. Inoltre, assegnano gli obiettivi, danno le direttive, rimodulano le priorità, organizzano il lavoro, si occupano di coordinare le risorse umane, economiche e tecnologiche in funzione di obiettivi prefissati, e solo marginalmente si occupano degli aspetti prettamente operativi. Risulta quindi necessario che essi siano particolarmente attenti al benessere complessivo dell'organizzazione ed in particolare a quello del team di cui si occupano.

Riguardo alla figura dei coordinatori, nelle indagini sul clima aziendale periodicamente promosse da diverse aziende, a questa tipologia di manager finora è stata data un'attenzione insufficiente, che non ha consentito di apportare i cambiamenti necessari. I collaboratori a volte dichiarano di non essere coinvolti né tantomeno valorizzati dal proprio responsabile. D'altro canto, gli stessi manager-coordinatori lamentano di non venire sufficientemente supportati dall'azienda, di avere risorse poco motivate e preparate, non potendo quindi ottenere i risultati necessari al raggiungimento degli obiettivi.

Occorre valorizzare le competenze relazionali e di comunicazione del middle management. È necessario passare dal ruolo tradizionale di supervisione ad un vero e proprio approccio di coaching del team che si gestisce. L'attenzione dovrà quindi rivolgersi allo sviluppo delle competenze e degli atteggiamenti dei membri del team focalizzandosi maggiormente sui mezzi più efficaci ed efficienti per raggiungere ogni obiettivo, in un'ottica di condivisione della mission aziendale che coinvolga anche i top manager. Approfondendo il concetto di mission, si tratta di un "atteggiamento mentale" e cioè una "filosofia e prassi gestionale ispirata a criteri di miglioramento continuo di responsabilizzazione e coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa e non solo di omogenea applicazione di metodologie sia tecniche che manageriali". I vantaggi impliciti della mission per un'azienda si riferiscono:

- all'incremento dello spirito collaborativo;
- al miglioramento dei rapporti interpersonali;

- all'aumento della soddisfazione degli operatori;
- al miglioramento del clima interno;
- alla crescita della soddisfazione di lavoratori e dirigenti.¹¹

È quindi necessario che il Middle Manager unisca all'insieme delle conoscenze di ruolo quelle proprie della mission rimodulando le proprie *skills* grazie a conoscenze e competenze integrate. Attraverso l'accordo e la condivisione delle idee della mission, top management e capi intermedi possono sviluppare modalità di rapportarsi complementari e funzionali.¹²

Tuttavia, nel caso in cui il middle management imposti il proprio lavoro basandolo sull'interpretazione delle realtà organizzative proprie della Direzione, è possibile che egli si limiti ad un ruolo gestionale classico, senza sviluppare le competenze di cui sopra e "trascurando l'applicazione della proprie capacità creative nei processi gestionali"¹³. Pare inoltre necessaria maggiore autonomia e responsabilizzazione di queste ormai fondamentali figure manageriali, specie nei confronti della mission¹⁴.

Per cui, l'indagine che abbiamo svolto mira soprattutto a valorizzare questa categoria di manager sempre più significativa anche per le aziende sanitarie.

2.2.2 Il clima aziendale

Uno degli aspetti già citati, ma su cui in epoca recente si è tornati a riflettere in maniera molto più intensa, è quello del clima aziendale e della sua salvaguardia, che sempre più frequentemente viene indicato come elemento che influenza la qualità della vita nell'azienda ed il benessere dei singoli professionisti, contribuendo al miglioramento delle performance complessive. Torniamo quindi a parlarne alla luce delle elaborazioni più recenti, che lo vedono direttamente correlato col concetto di stress lavorativo.

Il concetto di clima non è di facile definizione, come abbiamo già visto, ed è multi-dimensionale: esso è qualcosa di più della semplice organizzazione, comprendendo anche variabili soggettive relative ai professionisti che vi fanno parte, tra cui le percezioni e le rappresentazioni mentali di questi ultimi, nonché le dinamiche di relazione tra lavoratori, il tipo di cultura organizzativa, ma anche il contesto sociale. Tra le variabili soggettive particolarmente rilevante risulta, come detto, lo stress lavorativo, ma anche le modalità con le quali il professionista si relaziona col management.

¹¹ Corio G.F., 2006, p.4.

¹² *Ibidem*.

¹³ Corio G.F., 2006, p.14.

¹⁴ *Ibidem*.

La qualità delle relazioni risulta determinante, compresa quella generica tra individuo e organizzazione.

Molti studiosi moderni hanno formulato teorie e concetti riguardo al clima organizzativo, e diverse ricerche sono state portate avanti. Anche se non è interesse di questo lavoro essere esaustivi a riguardo, vale la pena soffermarsi, dopo aver precedentemente descritto le origini del concetto, su quanto più di recente è stato prodotto.

Solo negli ultimi 20 anni infatti si è arrivati ad analizzare in modo più appropriato e applicato alle aziende la variabile di clima come determinante per l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni. Tali studi si stanno sempre più avvicinando a dimostrare in maniera chiara e definitiva tale relazione e le più recenti elaborazioni, effettuate nell'ambito di ricerche e nello sviluppo di modelli e metodologie sia nelle aziende sanitarie che in generale, mostrano come il lavoro sul clima sia progredito dai primi autori qui menzionati fino a interessanti e concrete applicazioni per effettivi miglioramenti del benessere lavorativo e della performance aziendale.

Si è quindi arrivati ad analizzarne meglio i connotati, come ha fatto ad esempio recentemente il Censis in collaborazione con Agenas. Citando alcuni contributi, tra i quali quello di Gianpiero Quaglino, Sandra Casagrande e Anna Castellano (1990), si definisce il clima organizzativo come "l'insieme delle opinioni, delle percezioni, dei vissuti e dei sentimenti dei membri di un gruppo, che colgono la qualità dell'ambiente, ovvero l'atmosfera del gruppo stesso", mentre Francesco Avallone e Mauro Bonaretti (2003) definiscono il benessere organizzativo nell'ambito delle amministrazioni pubbliche come: "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative".

A riguardo, ancor più recente è il lavoro di analisi e ricerca svolto dalla FIASO secondo cui:

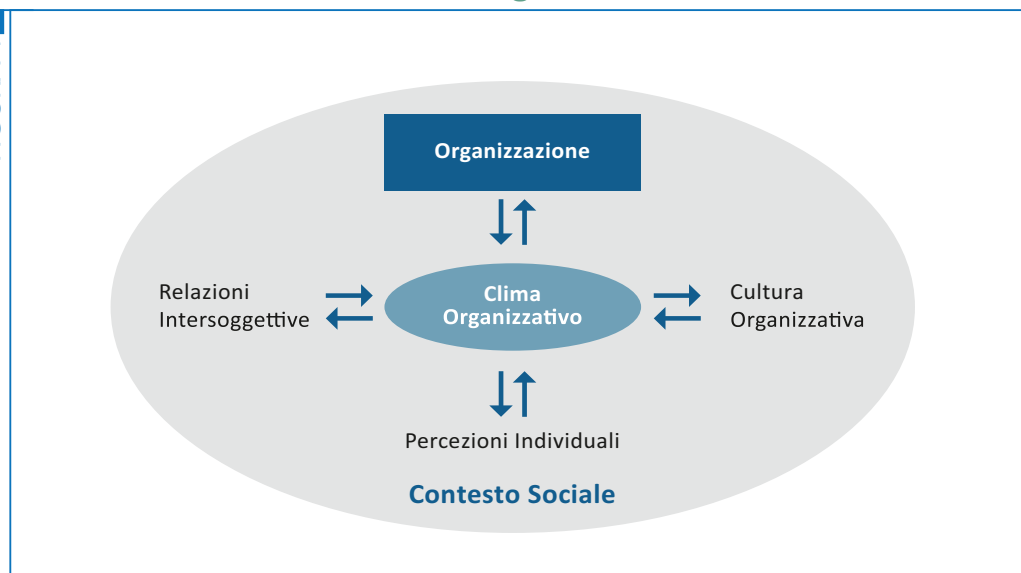
- Il clima può essere considerato come un insieme di percezioni condivise e correlate tra loro relative alla realtà lavorativa/organizzativa, cioè il modo in cui i soggetti percepiscono e interpretano l'azienda e le sue caratteristiche.
- È la sintesi di vari fattori quali per esempio le rappresentazioni soggettive, le mappe cognitive di ogni persona coinvolta, le percezioni individuali, le interazioni tra i soggetti, il contesto organizzativo e la cultura ivi presente.

Il modello della figura seguente è un'efficace sintesi dello stato dell'arte della concettualizzazione sul clima.

Come si vede, il clima è un concetto complesso e multidimensionale che può essere rappresentato efficacemente nel seguente grafico:

Il clima organizzativo

FIGURA 1



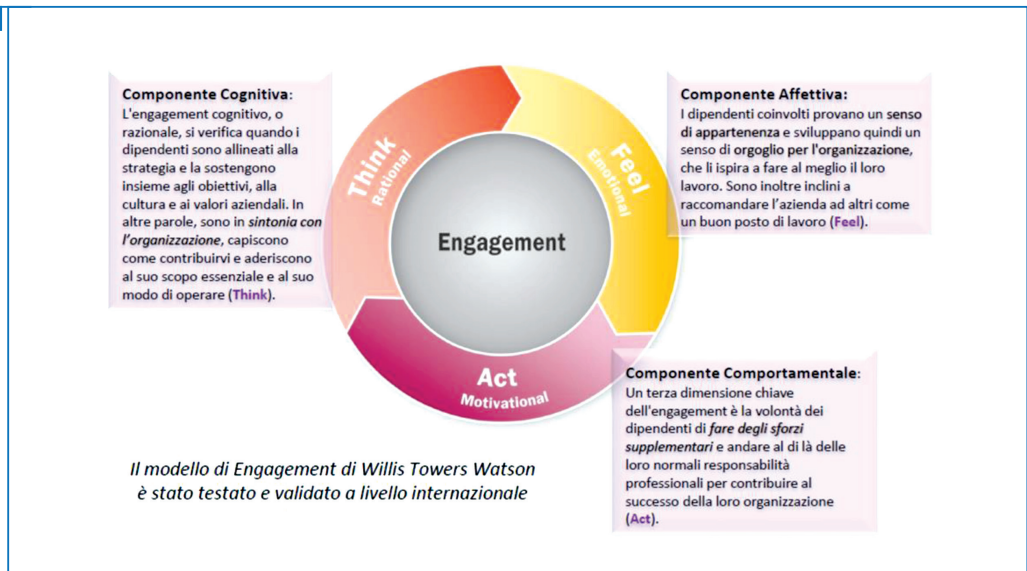
Fonte: FIASO, Indagine di clima Ausl Bologna, 2016-2017

Le variabili individuate da FIASO sulla base dell'indagine di clima AUSL Bologna 2016-2017, sono le seguenti: qualità dei rapporti con i colleghi; qualità dei rapporti con i superiori; qualità del rapporto con tutta l'azienda; senso di appartenenza; coesione del gruppo di lavoro; collaborazione; dinamiche di comunicazione; stili di leadership; sistema di riconoscimento e incentivi; ambiente fisico, comfort, ergonomia; sicurezza; disponibilità e fluidità delle informazioni; chiarezza della propria funzione; soddisfazione relativa alla funzione; soddisfazione relazionale; soddisfazione materiale; motivazione; responsabilità e autonomia; libertà di espressione.

Strettamente connesso al concetto di clima è quello di engagement (impegno). Un importante contributo a riguardo, validato anche a livello internazionale, deriva dal lavoro di una nota società di consulenza sulle questioni organizzative, la Willis Towers Watson.

Componenti dell'Engagement (il modello di Willis Towers Watson)

FIGURA 2

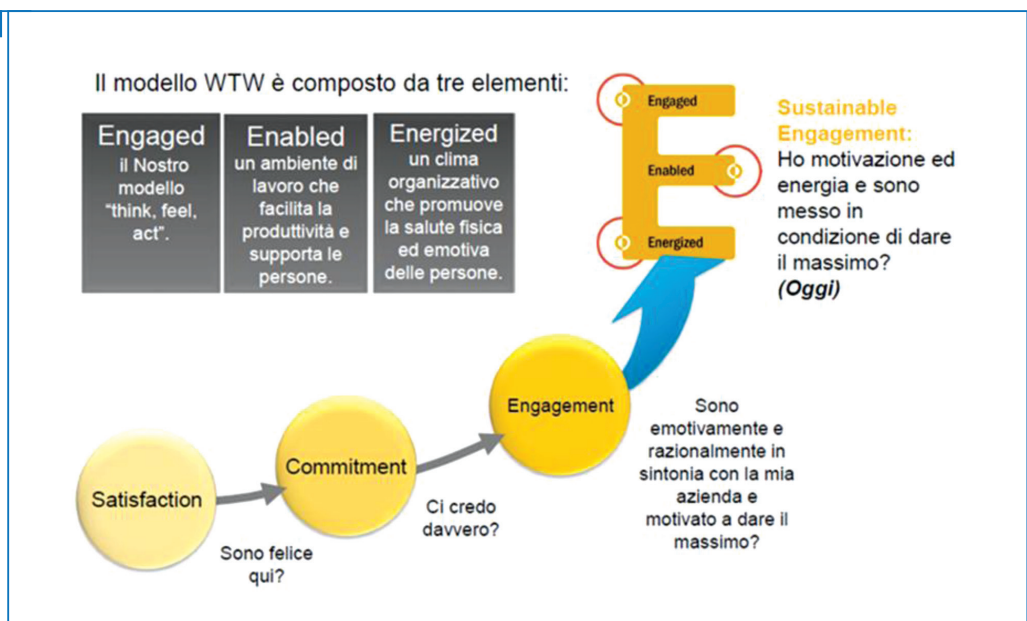


Fonte: Willis Towers Watson

Di seguito l'evoluzione di questo schema, sempre proposto da Willis Towers Watson, focalizzato sul concetto di motivazione.

Sostenibilità dell'Engagement

FIGURA 3



Fonte: Willis Towers Watson

Secondo questo schema il coinvolgimento dei dipendenti si basa su tre variabili chiave della psicologia: i) la componente cognitiva; ii) la componente affettiva; iii) la componente comportamentale, che stanno alla base della soddisfazione e delle motivazioni dei dipendenti, e che condizionano il livello di rendimento e l'aumento delle performance dell'organizzazione.

Se ci si sofferma poi sulla componente speculare del benessere del dipendente, come molti studi recenti hanno fatto, ovvero sullo stress lavorativo, si possono considerare almeno altre tre dimensioni sottostanti legate a: i) rapporto tra carico di lavoro e tempo a disposizione; ii) controllo su tempistiche e metodo; iii) mancanza di supporto organizzativo.

Inoltre, molte analisi si sono soffermate in epoca recente sulla sindrome cosiddetta di *burnout*, e cioè sui seguenti elementi: i) esaurimento emotivo; ii) sviluppo di un'attitudine negativa nei confronti del cliente; iii) sentimenti di autosvalutazione e insoddisfazione rispetto ai risultati raggiunti.

Anche le dinamiche di gruppo possono essere determinanti in questo ambito, come evidenziato da molti studi, in quanto il gruppo si pone in posizione intermedia tra il professionista e l'organizzazione e contribuisce ai processi di socializzazione al lavoro e all'organizzazione nonché alle rappresentazioni mentali dei singoli.

Tutti questi fattori contribuiscono, se opportunamente considerati e valutati, e tramite l'individuazione di opportune aree di intervento, al miglioramento del benessere complessivo dell'organizzazione e di conseguenza al miglioramento di efficacia ed efficienza dell'azienda. Per questo un'analisi di clima organizzativo può essere determinante, in quanto da un lato permette di comprendere meglio le dinamiche organizzative e professionali, e dall'altro può promuovere essa stessa dei processi di sensibilizzazione e di accrescimento della consapevolezza e della conoscenza (empowerment) del professionista. Per cui è fondamentale sapere che, in seguito all'analisi dei dati, è necessario trasmettere i risultati ai professionisti dell'organizzazione in modo attento e puntuale, al fine di produrre consapevolezza e promuovere fiducia nei dovuti interventi di miglioramento, qualora necessari.

2.3 La Pubblica Amministrazione

Con riferimento alle questioni al centro della presente ricerca, prima di affrontare nel prossimo capitolo le strutture sanitarie, è d'obbligo svolgere qualche ulteriore considerazione in merito al comparto della Pubblica Amministrazione, quale forma paradigmatica dell'organizzazione erogante servizi, i cui principali compiti sono secondo autorevoli autori i seguenti¹⁵:

- “regolazione dei rapporti fra società e il suo ambiente;

¹⁵ Gosetti, La Rosa, 2006, p.31.

- regolazione dei rapporti fra i suoi membri;
- garanzia di funzionamento dell'intero sottosistema politico-amministrativo;
- prestazione di servizi;
- sviluppo di obiettivi specifici”.

Nella maggior parte dei casi la Pubblica Amministrazione è caratterizzata da un orientamento universalistico (opposto a quello privatistico), i cui limiti sono però stati evidenziati a più riprese, a partire dagli anni '70, rispetto soprattutto alla sostenibilità economico-finanziaria e fiscale, oltre che per la mancanza di un'offerta di qualità che rispondesse all'esigenza del cliente.

In merito a queste critiche e problematiche, negli anni '90 la Pubblica Amministrazione è stata investita da una serie di interventi migliorativi, tra cui l'introduzione delle Carte dei servizi e la crescente attenzione alla valutazione della qualità. La Carta dei servizi è un documento col quale l'azienda si impegna ad erogare un servizio basato su determinati standard di qualità, perseguendo specifici obiettivi dichiarati e informando l'utente sulle modalità di tutela previste. Inoltre, su di essa si basano i presupposti per la valutazione del servizio di cui sopra, e per una comunicazione bi-direzionale con l'utente¹⁶.

Il passaggio dell'attenzione dalle regole al risultato conduce alla riconsiderazione in maniera nuova di una serie di dimensioni, ed in particolare le seguenti: “i) deregolazione¹⁷; ii) riorganizzazione amministrativa; iii) attivazione di meccanismi di quasi mercato¹⁸; iii) procedure di valutazione del rendimento o misurazione delle prestazioni attraverso le tecniche del *benchmarking*”¹⁹. Quest'ultimo elemento è particolarmente importante poiché la qualità è una caratteristica misurabile solo per comparazione e in base a determinati standard, come insegna Michael Scriven (1928-)²⁰.

2.4 Le aziende sanitarie in Italia

2.4.1 Dalla burocrazia all'azienda per la professionalizzazione e la sostenibilità

Prima di affrontare la realtà delle aziende sanitarie del nostro Paese in senso stretto, è utile ripercorrere brevemente la recente storia della sanità italiana.

¹⁶ Fedele, 2002.

¹⁷ Si tratta di un processo di snellimento di norme e regolamenti originariamente intesi a regolare determinati settori dell'attività economica solitamente di pubblica utilità.

¹⁸ Nel corso degli anni '90, seguendo l'esempio del governo conservatore inglese (1991), si è cominciato a parlare nel nostro Paese di nuovi modelli organizzativi della sanità (per migliorare l'efficienza nell'erogazione di servizi) denominati “quasi mercati”, di cui si parlerà nel prossimo paragrafo.

¹⁹ *Ivi*, p.29. Il *benchmarking* è un punto fisso di riferimento utilizzabile per un processo continuo di valutazione delle aziende leader al fine di individuare le *best practices* e stabilire gli obiettivi aziendali (Sebastiano A., Porazzi E., 2010).

²⁰ Conosciuto soprattutto per i suoi contributi alla teoria e alla pratica della valutazione.

Nel 1978 nasceva il SSN (Servizio Sanitario Nazionale). Il modello istituito si rifaceva all'esperienza inglese: infatti, in Gran Bretagna, già dal 1947, era presente un Servizio Sanitario Nazionale, l'NHS (*National Health Service*). Nel frattempo, proprio in Inghilterra, il sistema si stava preparando all'aziendalizzazione e professionalizzazione tramite l'introduzione del Direttore Generale²¹. Sulla base di questo modello l'articolo 10 della Legge 833 stabilisce che le Regioni sono tenute ad istituire il Servizio Sanitario Regionale (SSR) che ha compiti di programmazione, organizzazione e finanziamento delle USL. Con questo coinvolgimento delle Regioni, si riesce ad allargare il campo di assistenza anche ad una parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Non va dimenticato a questo proposito che uno degli obiettivi della Legge era quello di contenere le spese riducendo gli sprechi e di rendere più sostenibile il sistema. Altro obiettivo era quello di incrementare ed inquadrare la formazione del personale. E in effetti, riconducendo i vari e frammentati enti mutualistici nell'ambito dell'USL e impostando una assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale, la legge ha portato a notevoli miglioramenti organizzativi. Nonostante una impostazione generale ancora in gran parte centralistica²² non vi è dubbio che una nuova responsabilità veniva assegnata alle Regioni.

Dal punto di vista del rapporto tra pubblico e privato, la legge si manteneva sui termini generali, lasciando in ombra molti aspetti rispetto al tema della integrazione con il privato, prevista solo per gli ospedali religiosi senza fini di lucro. La legge, secondo alcuni, sembrava orientata verso il monopolio pubblico a sfavore dell'assistenza sanitaria privata, il che potrebbe configurare una limitazione del diritto alla libertà di scelta.

La Legge 833 subisce poi alcune modifiche negli anni '80, tra cui, al fine di migliorare in particolare la sostenibilità del sistema, l'introduzione dei ticket. Malgrado il gettito dei ticket, si va diffondendo in quegli anni sempre più la convinzione che la sanità pubblica gravi in modo eccessivo sui bilanci dello Stato e che sia quindi responsabile della crisi finanziaria a cui il Paese si stava avviando e che culminerà nelle vicende politico-economiche e sociali dei primi anni '90²³.

Le successive riforme degli anni '90 si rendevano quindi necessarie proprio perché alla fine degli anni '80 venivano rilevate una serie di questioni problematiche, in Italia e non solo, anche a seguito dell'aumento della domanda di cure, della incidenza delle patologie croniche e del crescente invecchiamento della popolazione, che facevano crescere progressivamente la spesa sanitaria. Il problema della sostenibilità era sempre più sentito, ma assieme ad esso arrivava alla ribalta anche il tema della pesante dipendenza del sistema dalla politica, che si era cercato di ridurre il più possibile introducendo delle modifiche, tramite la Legge 111 del 1991, che riguardavano l'introduzione di alcune figure di tipo aziendalistico: i) l'amministratore straordinario, ii)

²¹ Fatarella, a cura di, 2007.

²² Del Vecchio, Pinelli, Ripa di Meana, Romiti, Tanese, a cura di, 2017.

²³ Panza, a cura di, 2009.

il Comitato dei garanti, iii) il collegio dei revisori. Viene poi tolta ogni residua competenza gestionale all'assemblea dell'associazione dei comuni, fatta eccezione per la funzione di collegio elettorale per l'elezione dei componenti del Comitato dei garanti²⁴.

L'amministratore straordinario è la carica che meglio rappresenta questo periodo di transizione che porterà poi alla aziendalizzazione successiva, con la introduzione della figura del Direttore Generale. L'amministratore straordinario, secondo la norma transitoria, veniva eletto dal Presidente della Regione sulla base di: i) un avviso pubblico; ii) relativa domanda; iii) immissione in un elenco; iv); commissione valutazione titoli.

Poteva essere revocato e sostituito in caso di grave disavanzo, o in caso di violazioni di leggi o imparzialità dell'amministrazione (poteva intervenire anche il Ministero della Salute). La sua carica era incompatibile con altre cariche pubbliche e con rapporti con l'USL. Esercitava i poteri gestionali, la rappresentanza legale, si occupava del bilancio preventivo e consuntivo, della gestione delle piante organiche²⁵, delle convenzioni, dei piani di attuazione del piano sanitario. Era coadiuvato dal coordinatore amministrativo, dal coordinatore sanitario e dal coordinatore dei servizi sociali.

La soluzione conclusiva di questa fase di transizione è stata individuata dal legislatore in un processo di aziendalizzazione della sanità che ha trasformato le Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende (Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere) con una struttura manageriale definita e precisi obblighi di bilancio²⁶. Tale processo è implementato con il varo della Legge 421 del 1992 "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale"²⁷ e della successiva 517/93, che va ad approfondire e precisare alcuni punti (Riforma Garavaglia²⁸). Quest'ultima dà particolare rilevanza alle Regioni ed istituisce l'Agenas²⁹. L'applicazione della riforma comporta, oltre al processo di aziendalizzazione, che gli ospedali con determinate caratteristiche siano scorporati per divenire aziende a sé, e che le Regioni abbiano maggiori responsabilità amministrative, conducendo quindi ad un maggiore radicamento sul territorio dell'assistenza socio-sanitaria. Ulteriore e fondamentale conseguenza è stata l'introduzione nella sanità pubblica di logiche e strumenti manageriali e di un'organizzazione che da burocratico-amministrativa si è trasformata in

²⁴ Rita Maria Roboni, La sanità in Italia, p.50: m.docente.unife.it/rbnrmla-sanita-in-italia.ppt

²⁵ Termine relativo all'attuale "fabbisogno", vale a dire quantificazione delle risorse umane necessarie per una determinata organizzazione (Fonte: http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-02-16/personale-tutte-incognite-fabbisogni-123707.php?uuid=AEod1NX&refresh_ce=1).

²⁶ Gianfrate, 2013.

²⁷ Panza, a cura di, p.67, 2009.

²⁸ Mariapia Garavaglia, Ministro della sanità dal 28 aprile 1993 al 10 maggio 1994 nel Governo Ciampi.

²⁹ Inizialmente ASSR, ora Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali: è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale (<http://www.agenas.it/>).

professionale³⁰. Sono di conseguenza molto valorizzati i concetti di efficienza, efficacia, economicità e qualità, nonché i principi etici per l'individuazione di un'adeguata deontologia professionale.

Le ASL, secondo questa nuova impostazione, sono suddivise in: i) Dipartimenti di sanità pubblica, ii) Distretti sanitari, iii) Presidi Ospedalieri. Un dipartimento è una federazione di reparti affini e complementari secondo un settore specialistico o una specifica area di bisogni (ad esempio Dipartimento di chirurgia e Dipartimento materno-infantile). Lo scopo è quello di organizzare e ottimizzare al meglio le risorse strutturali e umane, migliorando il servizio al cittadino e riducendo i costi. I Distretti sanitari costituiscono le articolazioni territoriali delle ASL che garantiscono l'accesso ai servizi di primo livello, socio-sanitari e ambulatoriali e ad altri servizi come l'assistenza domiciliare e la promozione della salute. I Presidi Ospedalieri sono costituiti dagli ospedali facenti parte delle ASL³¹.

Nella pagina accanto si riporta lo schema organizzativo di un'azienda sanitaria oggi. Come emerge in figura 4 all'apice di tali aziende si colloca un Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta regionale, i cui doveri sono legati al buon andamento economico-amministrativo e tecnico-funzionale per i 5 anni in cui è in carica. Mentre in posizione intermedia vi sono innanzitutto il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Direttore dei servizi sociali; quindi il Direttore di Dipartimento e il Direttore di Strutture Complesse, oltre ad altri tipi di dirigenti con incarichi anche gestionali.

Le innovazioni introdotte promuovono anche una crescente integrazione tra sociale e sanitario³² e nascono nuove professioni, come quella dell'Operatore socio-sanitario (OSS), una figura professionale regolamentata in Italia dal 2001 che collabora con l'infermiere in alcune attività assistenziali quali: igiene personale, organizzazione della vita quotidiana, aiuto alle attività infermieristiche e tecnico-sanitarie, comunicazione col paziente e la sua famiglia, aiuto nell'identificazione dei bisogni del paziente e delle criticità. Accanto a ciò la figura professionale, spesso poco riconosciuta, del farmacista ospedaliero. I suoi compiti vanno ben al di là del solo rifornimento farmaci ai reparti³³.

³⁰ Del Vecchio, Pinelli, Ripa di Meana, Romiti, Tanese, a cura di, 2017.

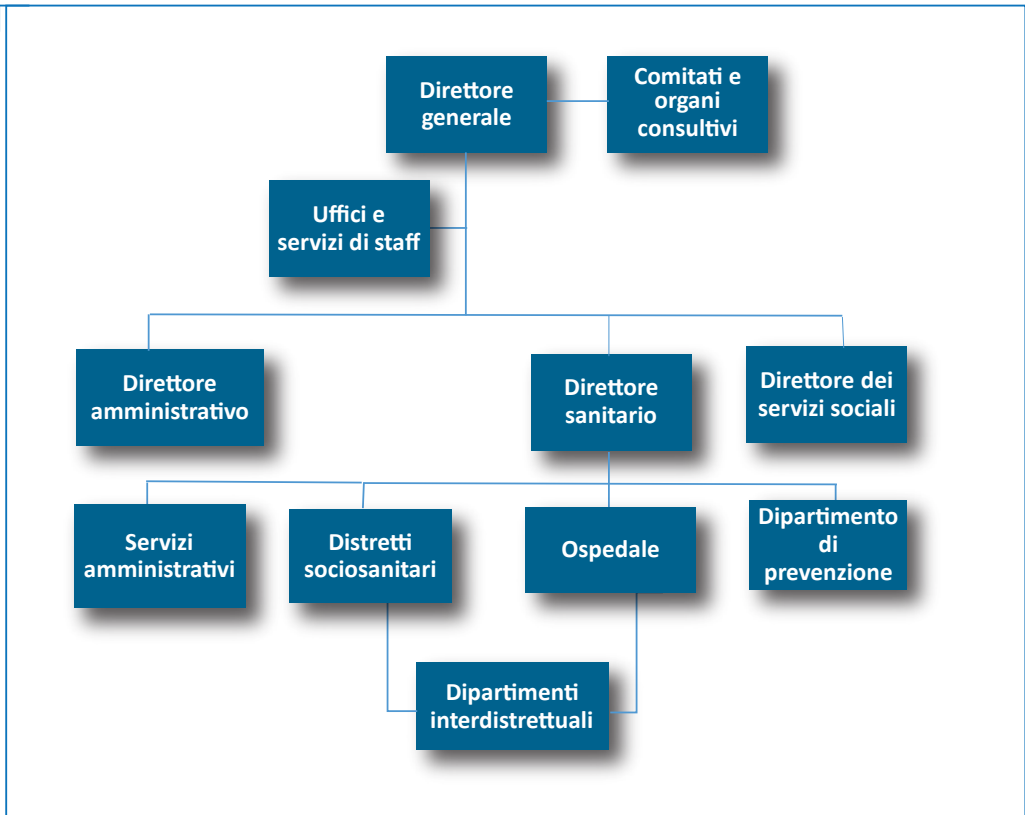
³¹ Clemente, a cura di, 2010.

³² Nonostante ciò il dibattito su cosa sia effettivamente l'integrazione socio-sanitaria e come debba essere implementata è ancora in atto.

³³ "La farmacia ospedaliera abbraccia diverse discipline, dalla Farmacoeconomia alla Bioetica, dalla sperimentazione di nuovi farmaci alla Farmacovigilanza". Per quanto riguarda gli aspetti dirigenziali: "Un aspetto importante, che a volte viene invece trascurato, è quello della gestione, anche motivazionale, delle persone. Perché il servizio funzioni bene è fondamentale che l'equipe sia motivata e competente: la formazione del farmacista dirigente in questo settore è estremamente utile" Il dirigente farmacista deve quindi occuparsi sia degli aspetti tecnici che di quelli logistici, che vanno dagli ordini alla gestione del magazzino, al coordinamento del laboratorio di galenica. La sua funzione è anche quella di fare da cerniera tra cultura medica e cultura amministrativa sia per un'efficacia degli interventi sia per un'efficienza allocativa delle risorse nell'ambito del processo decisionale. Un'altra figura simile, ma meno conosciuta, è quella del farmacista Territoriale che lavora nelle ASL e può ricoprire ruoli di rilievo. http://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/corsi-interregionali/2014/12._Rapisarda.pdf

Organigramma di un'Azienda sanitaria

FIGURA 4



Fonte: Gianfrate, 2013

Secondo le più recenti disposizioni di legge³⁴, per quanto riguarda il Direttore Generale, la durata dell'incarico non potrà essere inferiore a tre anni e superiore a cinque. Trascorsi due anni dalla nomina di ciascun Direttore Generale gli enti locali, entro sessanta giorni, dovranno verificare i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, in caso di esito negativo, dichiarare la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto³⁵. Al Direttore Generale spetta la titolarità di tutte le decisioni, attività e iniziative, con particolare riguardo nei confronti della gestione economica, del personale e delle relazioni con la comunità attraverso i rapporti con i sindaci³⁶. Inoltre, egli nomina, a partire da una lista di soggetti designati da altri enti (Ministero competente, Sindaco, Regione), il Collegio dei Revisori, che si occupa di verificare la tenuta della contabilità.

³⁴ Decreto Legislativo n. 171/2016.

³⁵ <https://www.aboutpharma.com/blog/2016/09/05/gazzetta-ufficiale-le-nuove-norme-la-nomina-dei-direttori-generalis-delle-asl/>.

³⁶ Del Favero, Fioroni, a cura di, 2003.

Va a questo proposito sottolineato, come alcuni esperti rilevano, che il quadro delineato risulta assai meno chiaro in relazione ai dirigenti di livello intermedio o in altre parole a ciò che chiamiamo *middle manager*³⁷. Nei primi anni di implementazione del processo di aziendalizzazione infatti, viene data la massima responsabilità ed importanza ai Direttori Generali, mentre è solo negli ultimi anni che si sta cominciando a prestare maggiore attenzione, come intende fare questa ricerca, ai *middle manager*, nonostante il loro ruolo e la loro attività non siano ancora stati considerati ed analizzati sufficientemente³⁸. Inizialmente cioè l'assetto di governo delle Aziende sanitarie è stato fondamentalmente di tipo monocratico, centrato quasi esclusivamente sul Direttore Generale. Nello specifico, tra le funzioni dei Direttori Generali, rientrano³⁹:

- la rappresentazione legale dell'azienda;
- la responsabilità della gestione complessiva dell'azienda;
- la verifica, mediante valutazione comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità del buon andamento dell'azione amministrativa per il mantenimento di efficacia, efficienza ed economicità, rispettando l'equilibrio tra costi e ricavi;
- il potere di disciplinare l'organizzazione aziendale secondo gli indirizzi della regione di appartenenza;
- l'approvazione del Piano attuativo aziendale;
- l'adozione di direttive per la regolare gestione dell'azienda nel suo complesso;
- l'adozione dei regolamenti interni per l'organizzazione;
- il potere di nomina delle strutture aziendali;
- l'adozione degli atti cosiddetti di *alta amministrazione*;
- l'approvazione dei documenti contabili;
- la definizione della qualità dei servizi e previa loro implementazione;
- l'attuazione di tutte le direttive, nazionali o regionale;
- la promozione dell'aggiornamento professionale e la formazione dei dipendenti;
- assicurare la gestione di un rapporto rispettoso delle autonomie, la collaborazione tra ospedale e università e la loro non discriminazione da parte sua;
- la definizione del budget, tramite confronto con gli altri dirigenti;
- la valutazione dei direttori delle strutture complesse;

³⁷ Carnevali, 2010.

³⁸ Questo lavoro mira anche ad una migliore comprensione delle funzioni, percezioni e necessità dei dirigenti intermedi, di cui un campione verrà interpellato tramite la somministrazione di un questionario strutturato.

³⁹ *Ivi*, pp. 29-31.

- il dovere di realizzare la gestione complessiva dell'azienda anche informando riguardo ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità, riguardo ai vincoli di bilancio e anche alla modalità di verifica della corretta gestione delle risorse;
- la responsabilità del perseguimento della *mission* aziendale;
- la responsabilità della corrispondenza dei servizi ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza);
- la responsabilità della corretta gestione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Per quanto riguarda il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, essi condividono le seguenti funzioni⁴⁰:

- fornitura di pareri obbligatori secondo le materie di rispettiva competenza;
- formulazione di proposte e pareri utili alla formazione delle decisioni di competenza della direzione generale;
- partecipazione alla direzione dell'azienda;
- partecipazione al collegio di direzione;
- sostituzione del direttore generale in caso di assenza;
- direzione dei servizi amministrativi per l'uno e di quelli sanitari per l'altro.

Risultano meno definiti i ruoli degli altri dirigenti che si occupano di funzioni gestionali. In particolare si tratta della direzione di strutture semplici e complesse e di quella di distretto che comportano, tra l'altro, anche: la gestione delle risorse; il potere di adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi; la valutazione del personale; il rapporto col territorio di riferimento; la formulazione di proposte e l'espressione di pareri; l'attribuzione di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa; la partecipazione d'ufficio al Collegio di Direzione⁴¹.

Accanto a questi vanno poi ovviamente considerati i dirigenti con incarichi di natura professionale con elevate competenze tecniche, ad esempio a livello di consulenza, studio o ricerca nel proprio ambito di appartenenza.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Il Collegio di direzione è descritto dall'articolo 17 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (Decreto Legislativo n°229, 19 giugno 1999):

1. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.
2. La Regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio (<http://www.medicoeleggi.com/argomenti/11531.htm>).

Importanti passi avanti sono stati fatti, nella direzione della maggiore efficienza del sistema, con il D.Lgs. 502/92 (ed il successivo 517/93), che hanno comportato secondo alcuni una prima parziale adozione di meccanismi di quasi-mercato (già citati nel primo paragrafo a proposito dell'Inghilterra (1990, Riforma Thatcher). Con tale locuzione si intendono “meccanismi allocativi ed organizzativi che consentono di mantenere e accrescere il carattere socializzato della distribuzione, utilizzando il meccanismo di mercato per la produzione”⁴². Si tratta quindi di meccanismi misti tramite i quali poter rispondere meglio alle esigenze sociali e si prevede quindi un aumento della collaborazione con il privato su base competitiva. In questo modo la relazione fra domanda ed offerta andrebbe a vantaggio del cittadino e tale approccio misto andrebbe quindi a stimolare la collaborazione e lo sviluppo di realtà profit e no-profit, anche in relazione tra di loro, per la soddisfazione dei crescenti bisogni socio-sanitari⁴³.

Gli obiettivi del “quasi-mercato” possono essere definiti come segue⁴⁴:

- Ridurre l'ambito di azione statale nella produzione dei servizi, pur continuando a finanziarli;
- Aumentare la concorrenza tra strutture pubbliche e private;
- Dare maggior potere di scelta ai destinatari del servizio.

Nel quasi-mercato, poi, si propugna una separazione tra chi ha le funzioni di acquisto e chi ha le funzioni di produzione: “Il compito degli acquirenti è di acquistare, per i propri assistiti, servizi medici dai fornitori stimolando così una gestione efficiente delle risorse”⁴⁵.

Le caratteristiche dei quasi-mercati sono state riassunte come indicato nella figura 5.

I D.Lgs. 502/92 e D.Lgs. 517/93 prevedono, inoltre, l'introduzione di nuove regole tra cui l'intramoenia⁴⁶ per la libera professione dei medici, l'esistenza di circa il 10% di camere a pagamento, ed i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA), la cui determinazione spetta allo Stato. I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale

⁴² Panza, a cura di, 2009, p.76.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Barlett, Le Grand, 1993, citato in Farina, Giagnorio, Fischetti, Leonardi, a cura di, 2016. <http://www.dis.uniroma1.it/~catalano/materiale%20didattico/Presentazioni/22%20%201%20quasi%20mercati%20nella%20sanita%20-%20Renata%20%20%20Fischietti%20%20%20Leonardi%20%20%20Giagnorio.pdf>.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ La libera professione intramuraria chiamata anche “intramoenia” si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura e la spesa, come tutte le spese sanitarie, è detraibile dalle imposte. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione (Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3310&area=professioni-sanitarie&menu=intramuraria).

(SSN), tramite ciascuna Regione⁴⁷, è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)⁴⁸.

Il Quasi mercato

FIGURA 5

Lato dell'Offerta	Lato della Domanda
Sollecitazione della concorrenza tra le strutture che offrono servizi sanitari	«Vouchers» (prescrizioni mediche) di cui l'utente è il titolare, destinati all'acquisto di servizi sanitari
Maggiore autonomia gestionale, organizzativa, finanziaria	Libertà nella scelta dei fornitori
Possibilità di utilizzare surplus rispetto al tetto di spesa	
Limiti di indebitamento	
Fondi a destinazione vincolata per la sanità	

Fonte: Bosi, 2015, elaborazione a cura di: Farina, Giagnorio, Fischetti, Leonardi 2016

I LEA sono stati organizzati in tre grandi aree⁴⁹:

- *L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, la sanità veterinaria, gli alimenti, la profilassi delle malattie infettive, le vaccinazioni e i programmi di diagnosi precoce;
- *L'assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali, alle strutture semi-residenziali e residenziali;
- *L'assistenza ospedaliera*, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day-hospital* e *day-surgery*, in strutture per lungodegenza e riabilitazione.

Si consolida la valorizzazione della Azienda sanitaria come organizzazione autonoma, dotata di una sua autonomia gestionale e specifiche responsabilità, con il Direttore Generale che è chiamato a rispondere delle proprie azioni e scelte e rappresenta l'organo di vertice. Ma rimane ambigua la forma di organizzazione aziendale presente, in quanto in qualche modo a metà tra figura imprenditoriale autonoma ed ente pubblico strumen-

⁴⁷ Clemente, a cura di, 2010.

⁴⁸ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea.

⁴⁹ Gianfrate, 2013, p.25.

tale della Regione. Le ASL, infatti, pur essendo pubbliche, si organizzano, gestiscono la produzione dei servizi e si relazionano con terzi secondo il diritto privato⁵⁰.

Il caso italiano di aziendalizzazione qui brevemente descritto rappresenta un unicum nel panorama mondiale, con delle somiglianze col sistema inglese, e caratterizzato da specifiche forme di governance clinica⁵¹ e professionale divenute anche oggetto, a livello internazionale, di studi e riflessioni di teoria del management che hanno proceduto passo passo con la maturazione dello stesso⁵².

Nel 1999 si colloca un'ulteriore riforma, nota come Riforma Ter o Decreto Bindi, il D.Lgs. n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998 n. 419". Con essa il processo di aziendalizzazione compie un ulteriore passo in avanti, attribuendo alle ASL, oltre alla personalità giuridica pubblica, la capacità imprenditoriale, e disciplinandone l'organizzazione con atto aziendale di diritto privato⁵³. L'esigenza di mettere di nuovo mano alla normativa derivava almeno in parte dalle difficoltà che le Aziende sanitarie stavano incontrando nella reale implementazione della riforma del '92, anche a causa, secondo alcuni, di errori nella fase di implementazione, ad esempio per la scelta delle figure da nominare come Direttori Generali. Con la nuova norma l'autonomia delle aziende sanitarie, sebbene già sancita per Legge, viene quindi resa pienamente operativa. Tra gli aspetti di questa ulteriore riforma che meritano di essere sottolineati vi è senza dubbio il fatto che da quel momento in poi è stato eliminato il Fondo Sanitario Nazionale, per cui lo Stato italiano rimane garante per le sole prestazioni minime ed essenziali.

Un ulteriore rafforzamento di ciò è derivato dall'introduzione del federalismo fiscale, per cui le Regioni ricevono il compito di finanziare in proprio il sistema sanitario regionale⁵⁴ e viene istituito lo strumento del Piano Sanitario Regionale (PSR) per fissare gli obiettivi di salute e l'organizzazione dei servizi⁵⁵. In base alla revisione del Titolo V della Costituzione, con la Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 la salute diviene tema trasversale a Stato e Regioni: "alle Regioni spetta la potestà legislativa nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato"⁵⁶. Lo stato definisce i principi fondamentali tramite leggi-quadro e definisce i LEP (Livelli Essenziali di Prestazione), mentre le Regioni emanano leggi specifiche⁵⁷.

Questo lungo processo di aziendalizzazione, con il relativo passaggio ad una logica

⁵⁰ Degani, Mozzanica, 2009.

⁵¹ Vedi cap.3.

⁵² Del Vecchio, Pinelli, Ripa di Meana, Romiti, Tanese, a cura di, 2017.

⁵³ Ranisio, a cura di, 2014

⁵⁴ Panza, a cura di, 2009.

⁵⁵ Clemente, a cura di, 2010.

⁵⁶ Ranisio, a cura di, 2014, p.46.

⁵⁷ *Ibidem*.

burocratico-professionale e non più amministrativa e con il rafforzamento della figura del *manager*, ha apportato notevoli benefici alla promozione della sostenibilità del sistema e della valutazione della qualità dei servizi⁵⁸, anche se i risultati ottenuti sono stati solo parziali e non in grado di mantenersi nel lungo periodo. In particolare, l'accrescimento delle responsabilità delle Regioni ha prodotto crescenti squilibri territoriali, e ciò nonostante i LEA, e proprio negli anni in cui il Pil pro-capite è arretrato (2012 e 2013)⁵⁹.

Il problema della sostenibilità si sta purtroppo ripresentando negli ultimi anni in maniera via via più preoccupante, specie a causa dell'invecchiamento della popolazione. Il CER (Centro Europa Ricerche) ha dimostrato a più riprese, in particolare attraverso simulazioni macroeconomiche, che il problema del deficit in sanità va ben al di là delle possibilità offerte dalla leva fiscale, e va affrontato con il supporto di competenze amministrative e gestionali solide, capaci di selezionare, sulla base di criteri scientifici ed etici, i servizi da offrire e le modalità più efficienti di gestione delle risorse. Il Cergas⁶⁰ della Università Bocconi a sua volta ha mostrato come non basti attingere al privato e a strumenti di finanza innovativa per gli investimenti, e che occorra sostenere un privato di qualità ed usare un'ampia strumentazione economico-gestionale anche per la programmazione e la gestione corrente, se si vogliono ottenere risultati positivi.

Nonostante la Legge n. 42/2009 e il Decreto n. 68/2011 sul federalismo fiscale abbiano finalmente posto il tema in modo più concreto di quanto fatto in precedenza, le modalità di standardizzazione della spesa sanitaria non sono ancora diventate parte della programmazione e della governance. E questo nonostante i dati ci dicano come vi siano ancora ampie sacche di inefficienza e gravi gap di qualità, soprattutto con riferimento alle Regioni del Mezzogiorno.

Riguardo alle Regioni virtuose, poi, dalle varie esperienze emerge come in futuro occorra mettere in campo strategie nuove, più orientate alla prevenzione, all'integrazione socio-sanitaria, ed all'adattamento delle prestazioni alle esigenze del territorio e della popolazione⁶¹. E ciò anche in quanto la riprogrammazione della spesa sanitaria ha portato a tagli spesso lineari negli ultimi anni, come ben descritto dall'Osservatorio Gimbe⁶².

Negli ultimi anni si sta poi cominciando a parlare di una riforma quater, e dopo un periodo di relativa impasse legislativa, recentemente sono stati varati alcuni decreti che rappresentano un importante passo in avanti per l'organizzazione delle Aziende sanitarie e la qualità dell'assistenza medica. Innanzitutto, il cosiddetto Ddl Gelli "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (titolo breve: "Responsabilità

⁵⁸ Cipolla, a cura di, 2002.

⁵⁹ Pammolli, Salerno, 2012.

⁶⁰ Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

⁶¹ Pammolli, Salerno, 2012.

⁶² La Fondazione GIMBE ha lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario.

professionale del personale sanitario”). Grazie a questa Legge vengono implementati tutti quei meccanismi a garanzia del diritto al risarcimento ed alla trasparenza per i cittadini danneggiati da un errore sanitario e, al contempo, aumenteranno le tutele per i professionisti che potranno così tornare a svolgere con serenità il proprio lavoro, nell'esclusivo interesse dei pazienti. Viene inoltre regolamentata l'attività di gestione del rischio sanitario, introducendo obbligatoriamente nelle strutture sanitarie pubbliche e private i servizi di *Risk Management*⁶³. Il *Risk Management*, o altrimenti definito in ambito sanitario, Gestione del Rischio Clinico, identifica i pericoli potenziali ai quali è sottoposta l'azienda, definisce e quantifica gli ipotetici scenari di rischio e formula le contromisure più idonee, perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati⁶⁴. È prevista poi l'introduzione di nuovi ruoli e funzioni: la prima riguarda la nascita del Garante per il diritto alla salute, una figura cui i cittadini potranno rivolgersi per segnalare eventuali malfunzionamenti nel sistema sanitario. Inoltre, in ogni Regione viene istituito il Centro per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente. Infine, per il monitoraggio costante delle pratiche e degli eventuali errori, viene creato l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità. Finalmente sono contemporaneamente garantite sia la tutela dei pazienti e il loro diritto a un giusto risarcimento in caso di danno che la possibilità per i professionisti sanitari di lavorare senza la costante preoccupazione dei processi, tramite la disponibilità sul mercato di idonee coperture assicurative e grazie a procedimenti giuridici basati non solo su accertamenti medico-legali ma anche specialistici”. D'ora in poi il magistrato che si occupa di *malpractice* dovrà infatti affidare la ricostruzione della vicenda clinica a specialisti della branca coinvolta. Si tratta quindi di un Disegno di Legge molto importante perché riforma completamente la responsabilità professionale, sia penale che civile, dei medici nei confronti dei pazienti. Da un lato infatti, mira a garantire una maggiore tutela dei cittadini e, dall'altro, restituisce ai medici la possibilità di esercitare con serenità la professione, riequilibrando il rapporto fiduciario medico-paziente⁶⁵.

Un secondo Decreto Legislativo (primo decreto attuativo della Legge n. 3 del 2018)⁶⁶, di recentissima approvazione, porta la firma del Ministro Beatrice Lorenzin. Si tratta di un'importante riforma delle professioni sanitarie, nella quale si riconoscono nuove professioni e si prevede, per quelle future, la possibilità di presentare una richiesta di riconoscimento con tempi certi per il percorso. Il testo interviene anche sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano e sui requisiti dei centri autorizzati, coinvolgendo le associazioni dei pazienti. Si rafforza la tutela dell'indipendenza delle

⁶³ Con “rischio clinico” si definisce la possibilità che un paziente subisca un “danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”.

⁶⁴ <http://www.forumpa.it/sanita/evoluzione-dei-sistemi-organizzativi-sanitari-il-risk-management>.

⁶⁵ Convegno “Prevenire i danni e i processi in Sanità: la nuova Legge 24/2017” organizzato a Roma da Galeno, Cassa mutua cooperativa e Fondo sanitario integrativo per medici e odontoiatri.

⁶⁶ <http://www.salute.gov.it>

sperimentazioni, con l'obiettivo di garantire l'assenza di conflitti d'interesse. Si riducono i Comitati etici grazie ad un Centro di coordinamento nazionale di quelli territoriali per le sperimentazioni cliniche, istituito presso l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e composto da un massimo di 15 membri nominati dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle associazioni dei pazienti⁶⁷.

Un terzo recente provvedimento riguarda la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione in ambito sanitario, tramite il protocollo di intesa del 21 aprile 2016 stipulato tra ANAC (Agenzia Nazionale Anticorruzione) e Ministero della Salute e l'atto integrativo del 26 luglio 2016 siglato anche dall'Agenas⁶⁸. Dall'analisi dell'Authority sulle attività di prevenzione del fenomeno in 577 enti della PA emerge che "l'esperienza maggiormente positiva è quella delle Aziende del settore sanitario", grazie ad un approccio poco burocratico e basato sullo snellimento e miglioramento dell'efficienza dei processi e della trasparenza delle attività. La lotta all'eccessiva burocratizzazione sembra quindi rivelarsi per l'ennesima volta, anche con riguardo al problema della corruzione, la chiave vincente per il miglioramento dell'organizzazione sanitaria a livello sia di efficacia che di efficienza⁶⁹.

2.4.2 Dalla gestione piramidale al management diffuso: l'innovazione manageriale in sanità

La questione fondamentale nell'innovazione manageriale in sanità può essere individuata nel passaggio dalle logiche di government a quelle di governance. I processi di government hanno interessato il SSN dalla riforma 833/78 fino al D.Lgs. 502/92 e oltre, dato che l'implementazione del processo di aziendalizzazione è stato lungo e difficoltoso e per certi versi è ancora in atto. Tale modello di organizzazione prevede l'esercizio di un potere gerarchico calato dall'alto, con una divisione dei ruoli e delle responsabilità basata sull'assetto istituzionale e le sue regole formali. Nel pubblico il funzionamento del modello si basa su decisioni prese dalla sfera politica e attuate in modo neutro dall'amministrazione⁷⁰. Tutto ciò è facilmente riconducibile alla sfera della burocrazia amministrativa e alle sue logiche formali viste nel primo capitolo. Il termine governance vi si contrappone introducendo importanti novità legate ai principi della burocrazia professionale e a quelli della funzionalità ed efficacia finale, nel senso che si tratterebbe di:

"[...] insieme di condizioni – disegno di strutture e meccanismi, comportamento di soggetti diversificati anche in relazione alla natura dei fini da essi perseguiti – che

⁶⁷ http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-12-22/il-dil-lorenzini-e-legge-114704.php?uuid=AEebkVWD&refresh_ce=1

⁶⁸ <https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/Anticorruzione/prevCorrAmbitoSanitario>.

⁶⁹ http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-12-19/anticorruzione-l-anac-promuove-aziende-sanitarie--180047.php?uuid=AEikirUD&refresh_ce=1.

⁷⁰ Del Vecchio, Rebor, Roma, a cura di, 2017.

consentono a sistemi complessi di realizzare equilibri accettabili ovvero di produrre risultati sufficientemente coerenti rispetto alle finalità, implicitamente o esplicitamente, loro assegnate o, da un punto di vista ancora diverso, sufficientemente allineati rispetto alle attese dei diversi portatori di interesse⁷¹”.

Per quanto riguarda i servizi pubblici, si tratta quindi di un processo grazie al quale vengono adeguatamente risolti i problemi relativi ai bisogni di una comunità. Basandosi sull'integrazione di due ruoli distinti: quello di indirizzo programmatico (governo) e quello di gestione e fornitura di servizi (strutture operative ed amministrative) secondo una logica integrata e concertata con il mondo degli stakeholder. Una ulteriore definizione di governance particolarmente interessante è stata data da Patrick Le Gales⁷² (1998)⁷³ secondo cui si tratterebbe de “il processo di coordinamento di attori, gruppi sociali, istituzioni per il raggiungimento di obiettivi propri, discussi e definiti collettivamente in ambienti frammentati e incerti”⁷⁴.

Il passaggio all'implementazione di attività di governance in sanità, focalizzato sugli obiettivi, si può dire sia iniziato negli anni '90, sulla scia della più generale riorganizzazione del governo locale partita nel nostro Paese negli anni '80⁷⁵.

Di conseguenza è in quegli anni che si può cominciare a parlare di “nuovo management pubblico”, nonché di rafforzamento delle logiche di mercato, seguendo in parte le esperienze dei governi liberali degli anni '80 negli Stati Uniti e nel Regno Unito. Paradigmatico da questo punto di vista è il testo “*Reinventig goverment*”⁷⁶ di David Osborne⁷⁷ e Ted Gaebler⁷⁸, che si focalizza su di una serie di principi da adottare⁷⁹:

- governare invece che gestire;
- mettere in grado le comunità di risolvere i propri problemi invece che, semplicemente, erogare servizi;
- incoraggiare la concorrenza invece che i monopoli;
- essere orientati dalle finalità istituzionali più che dalle regole;
- orientare ai risultati finanziando questi ultimi invece che i fattori produttivi;
- soddisfare i bisogni degli utenti/clienti e non della burocrazia;

⁷¹ *Ivi*, pp.13-14.

⁷² Professore di sociologia all'università di Parigi Sciences Po e associato di ricerca al Centro nazionale di ricerca scientifica (CNRS).

⁷³ Le Gales P. (1998).

⁷⁴ Citato in Bertin, 2007, p. 37.

⁷⁵ http://www.rapportodalterritorioinu.it/2005/Pagine%20separate/Governance_government.pdf

⁷⁶ Osborne D., Gaebler T. (1993).

⁷⁷ David Osborne (1951), consulente e autore americano di testi su management, burocrazia e *public government*, lavora attualmente al Progressive Policy Institute (Washington, DC, USA).

⁷⁸ Ted Gaebler, consulente americano di management e *public government*.

⁷⁹ Agenas, FIASO, a cura di.

- concentrarsi nell'ottenere risorse economiche invece che nello spenderle;
- investire nel prevenire i problemi invece che nel curare le crisi;
- promuovere il decentramento delle autorità, la partecipazione e il lavoro di gruppo;
- risolvere i problemi attraverso le forze del mercato invece che attraverso nuovi programmi pubblici.

Questa proposta di revisione concettuale, al momento della sua formulazione chiaramente innovativa, ha cominciato a prendere piede poco alla volta dagli anni '90 ad oggi, affrontando notevoli difficoltà di applicazione. Tra le criticità, che immediatamente si sono manifestate e che tutt'oggi costituiscono un problema (sebbene come vedremo siano in corso notevoli miglioramenti) si nota proprio la difficoltà di implementare un vero miglioramento della qualità del servizio e dell'efficienza a causa delle carenze organizzative e della formazione. Per cui è oggi evidente che per diventare veramente efficaci ed efficienti le odierne organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie del SSN necessiterebbero di essere ulteriormente liberate da logiche eccessivamente formali per abbracciare fino in fondo forme di razionalità e di valori quali quelli descritti nel primo capitolo. Questo sia per fare l'interesse dell'utente di servizi socio-sanitari, sia per promuovere il benessere organizzativo nell'azienda. Inoltre, è ormai indubbio che vi sia un bisogno crescente di miglioramento dell'efficienza aziendale. E ciò significa agire sulle procedure, sui processi psicologici e sulla cultura e i valori insiti nella realtà delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere⁸⁰. Ancora, non bisogna dimenticare che i processi di riorganizzazione devono tenere conto dei continui progressi in campo bio-medico e tecnologico e di ogni componente innovativa che, come visto, tende ad essere osteggiata se l'organizzazione risponde a logiche eccessivamente formali. Tutto ciò deve poi confrontarsi anche con le nuove logiche professionali e con la richiesta di un rapporto diretto ed esclusivo con gli utenti finali sulla base di un approccio gestionale di tipo relazionale, fortemente centrato sulle motivazioni individuali e collettive. Come abbiamo più volte detto, infatti, la distanza tra le forme burocratica e professionale di logica e razionalità gestionale ha costituito un importante limite alla funzionalità delle aziende del SSN, e molti sono gli spunti e le analisi che hanno sottolineato la necessità di migliorare le competenze manageriali nel senso della proficua integrazione con quelle dei professionisti sanitari, e viceversa⁸¹. Tra i vari cambiamenti che occorre affrontare si riscontra inoltre la necessità di superare la dicotomia che si è accentuata nel tempo tra aziende «grandi» e «piccole», specie recentemente a seguito del processo di accorpamento aziendale.⁸² Ed anche questo elemento induce ad una necessaria valorizzazione del middle management,

⁸⁰ D'Antonio, 2017.

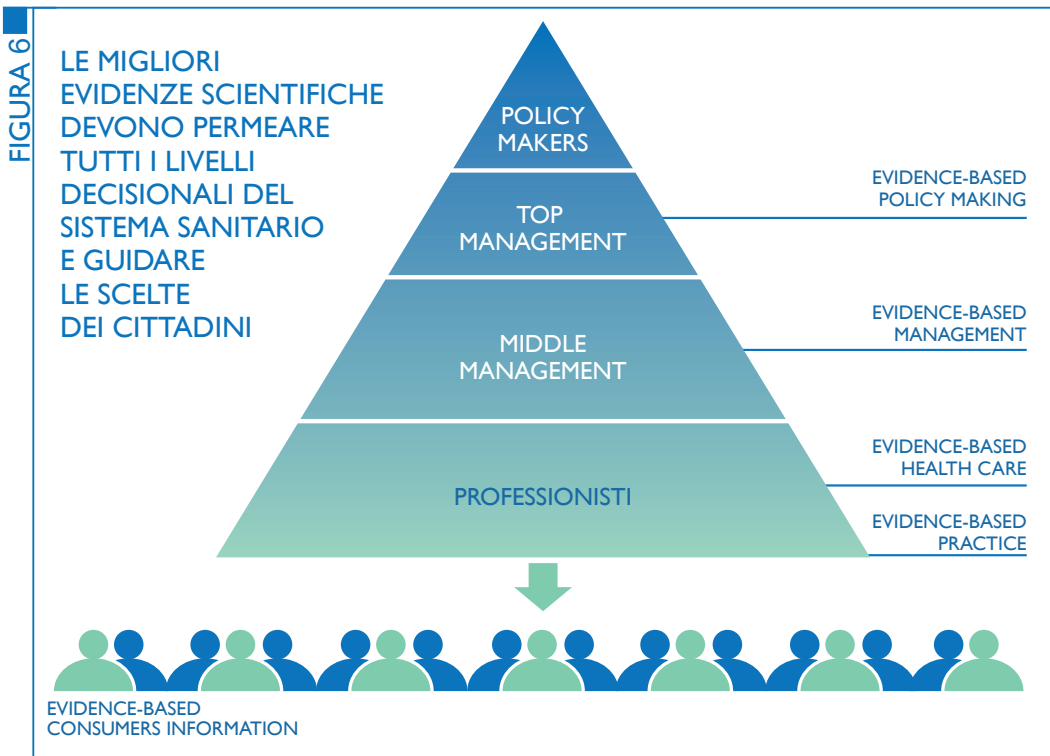
⁸¹ Agenas, FIASO, 2010.

⁸² La dimensione media, che nel 2005 era di circa 300 mila abitanti, arriva a quasi 600.000 nel 2017 (Fonte: Rapporto Oasi 2017)

oltre a molte altre variabili concorrenti⁸³ che stanno contribuendo a far divenire sempre più complesse le aziende sanitarie. Ciò rende chiaramente necessario investire su processi innovativi e più funzionali di management nonché sulla formazione dei manager, con particolare attenzione proprio al middle management, che è responsabile della gestione degli snodi intermedi tra vertice strategico e nuclei operativi⁸⁴. Tra i cambiamenti più importanti si considera anche il bisogno di implementare una governance in cui alcune decisioni chiave vengano prese a livello regionale e non a livello delle singole aziende⁸⁵.

I vari livelli decisionali delle organizzazioni sanitarie al giorno d'oggi sono efficacemente riprodotti nella schematizzazione di Gimbe qui sotto riportata.

I livelli decisionali delle organizzazioni sanitarie secondo Gimbe



Fonte: Gimbe, *Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie*, 2009

⁸³ A titolo esemplificativo si possono citare la disponibilità di nuove tecnologie, che vanno selezionate e gestite in modo adeguato, e la gestione della sempre più crescente mole di dati sanitari informatizzati che pone anche l'importante questione etico-normativa relativa a privacy degli utenti e sicurezza delle piattaforme informatiche.

⁸⁴ Del Vecchio, Lega, Prenestini, in *Rapporto Oasi* 2017.

⁸⁵ Tanese, 2018.

Questa crescente complessità insita nel sistema si pone come una sfida in cui è necessario coinvolgere tutti gli stakeholder secondo un approccio bottom-up, che ponga attenzione non più solamente agli output (risultati immediati dell'adempimento delle procedure tecniche e formali), ma anche agli outcome (esiti degli interventi). Ciò comporta che si ripensi anche il regime di concorrenza in ambito sanitario sul terreno della qualità dei servizi erogati e del corrispondente miglioramento di salute degli utenti. Da un tale approccio può derivare anche il raggiungimento di obiettivi di tipo economico, ad esempio grazie alla riduzione degli errori con la diminuzione delle recidive, ad un uso ponderato e razionale della prevenzione, ad un attento e misurato uso delle nuove tecnologie, al raggiungimento di standard elevati nell'assistenza e alla creazione di un ambiente in grado di favorire l'eccellenza professionale. I termini chiave che riassumono tutto ciò sono: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza, equità⁸⁶. E da ciò si evince un ulteriore motivo, forse più decisivo, per cui le figure dei middle manager stanno divenendo sempre più importanti.

In altre parole, il governo clinico può essere considerato un ponte tra approcci alla qualità di tipo manageriale e approcci clinici, e la sua funzione basilare è quella di equilibrare le esigenze di bilancio con quelle assistenziali (rapporto costi-benefici)⁸⁷ superando definitivamente le logiche della burocrazia amministrativa, verso ciò che alcuni autori⁸⁸ definiscono “burocrazia morbida”. Ed i migliori risultati si stanno infatti raggiungendo quando la clinical governance penetra nella cultura organizzativa dell'azienda⁸⁹.

Negli ultimi anni sono stati via via sviluppati una serie di strumenti e procedure che dovrebbero poter consentire una migliore clinical governance riuscendo a mantenere alti standard di prestazioni e cioè:

- *l'evidence-based practice and policy*: sta a significare che le evidenze scientifiche ed esperienziali non riguardano solo le prestazioni cliniche, ma anche le decisioni inerenti alle politiche sanitarie;
- *l'accountability and performance*: si riferisce alla trasparenza, alla responsabilità delle strutture erogatrici di servizi e dei medici in particolare di render conto all'esterno delle loro performance;
- *i system for quality*: identificano le strutture, le modalità organizzative e il reporting per monitorare e migliorare continuamente la qualità delle prestazioni e dei servizi clinici interni;
- *il risk management*: comprende le strutture, i sistemi e le responsabilità per la gestione dei rischi, compreso l'audit clinico;

⁸⁶ Panza, a cura di, 2009.

⁸⁷ http://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/corsi-interregionali/2014/12._Rapisarda.pdf

⁸⁸ Bevir e Rhodes, 2003, citati in Bertin, 2007.

⁸⁹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_minpag_969_documenti_documento_8_fileAllegatoDoc.pdf

- il *technology assessment*: riguarda le valutazioni di adeguatezza delle tecnologie - nel senso più ampio del termine - ma con particolare riferimento alle tecnologie di monitoraggio, di diagnosi e di trattamento, lungo il loro intero ciclo di vita⁹⁰.

È evidente che uno dei problemi fondamentali che il management si trova ad affrontare riguarda proprio la gestione di tutte queste vaste conoscenze e che il management, ai vari livelli, deve essere in grado di trasformare tale know-how in conoscenza applicata, impedendo quindi che i processi di formazione continua rimangano sulla carta e che la conoscenza venga adeguatamente “sfruttata”⁹¹.

L'aspetto organizzativo diviene quindi l'elemento critico per individuare il modo per trasformare le conoscenze in pratica assistenziale, le abilità in competenze organizzative e assicurarsi che queste conoscenze possano essere combinate in modo efficace ed efficiente nell'ambito di un processo assistenziale che coinvolge diversi professionisti e l'utilizzo di tecnologie complesse ed eterogenee⁹².

Parlando proprio di organizzazione complessa e di applicazione delle conoscenze, già nel 1996 alcuni autori sottolineavano che generalmente le conoscenze acquisite nell'ambito della salute pubblica fossero scarsamente utilizzate e sostenevano che per la sua gestione occorresse innanzitutto una piena collaborazione tra manager e professioni sanitarie, come tra l'altro è stato già evidenziato. Ma soprattutto gli autori sostenevano che fosse necessario, per le necessità di cui abbiamo già parlato, un approccio particolarmente eclettico basato non solo su svariate figure professionali, ma anche su diverse discipline tra le quali le scienze sociali e comportamentali e il coinvolgimento di vari scienziati così come di specialisti nella promozione della salute. A tale proposito gli autori elencano una serie di competenze che considerano necessarie per il management sanitario:

- creare una rete di relazioni con organizzazioni di servizi non inerenti alla salute;
- relazionarsi con gli utenti per meglio comprendere e soddisfare le loro esigenze;
- sviluppare un database integrando dati epidemiologici e dati delle scienze sociali e della ricerca manageriale;
- ottenere rilevanti informazioni di mercato e conoscere il punto di vista dei consumatori;
- possedere una visione di insieme e capacità organizzative con attenzione alle persone e alle competenze, nonché doti di team leader e capacità di *project management* per andare oltre alle divisioni strutturali e riuscire a mescolare le diverse competenze.

Nella realtà sanitaria di oggi spesso la spinta innovativa proviene dai livelli superiori e passa poi attraverso la dirigenza locale, ma altre volte sono i dirigenti locali che, in un rapporto

⁹⁰ *Ivi*, p. 4.

⁹¹ Galletti, Ghera, Rega, Vellone, 2005.

⁹² *Ivi*, p. 196.

di “quasi devianza” con i superiori e con il contesto di appartenenza, spingono verso la modernizzazione. Per cui un altro obiettivo è quello di lavorare sull’accompagnamento integrato dei processi di innovazione e sulla diffusione di stili di governo più concertativi e selettivi.

A tale proposito può essere interessante citare una recente ricerca nell’ambito del Rapporto Oasi 2017 che si è focalizzata su tre casi di aziende sanitarie territoriali caratterizzate da recenti fusioni o incorporazioni aziendali e/o da un percorso di riassetto organizzativo. Analizzando la documentazione ed utilizzando interviste semi-strutturate ai direttori generali, la ricerca ha esaminato: i) le motivazioni alla base della valorizzazione e dell’implementazione della linea intermedia in azienda; ii) i ruoli cui è stata attribuita la responsabilità di middle manager; iii) gli strumenti definiti dall’azienda per garantire l’esercizio del ruolo (ossia quali modalità sono state utilizzate per la devoluzione dei poteri verso i middle manager e la loro partecipazione alle decisioni strategiche aziendali); iv) le aspettative di ruolo che la direzione ritiene necessarie per i middle manager; v) i percorsi di sviluppo previsti per garantire la crescita e la piena efficacia delle figure che fanno parte della linea intermedia.

Secondo i Direttori Generali intervistati il *Middle Management* è composto da: i direttori di presidio ospedaliero e di distretto, la Direzione delle Professioni Sanitarie (DiPSA), i Direttori di Dipartimento ospedaliero, il Direttore del Dipartimento di prevenzione, i Direttori di Dipartimento territoriale, ed i Coordinatori di attività ospedaliere e territoriali che operano come coordinamento di attività cliniche negli ospedali e a livello territoriale.

I middle manager partecipano all’individuazione degli indirizzi strategici dell’azienda attraverso due organismi collegiali, ciascuno per la propria area: il Comitato di assistenza ospedaliera e il Comitato di assistenza territoriale⁹³.

I manager intermedi devono essere professionisti capaci di analizzare le situazioni e prendere decisioni utili e vicine alle operazioni aziendali partecipando ai comitati, alle routine organizzative strutturate e al sistema delle deleghe selettive. Lavorare per processi e non solo per funzioni è ritenuto necessario, previa una specifica formazione e a tale riguardo il Rapporto Oasi 2017 specifica che:

Tra gli strumenti che la Direzione Generale ha proposto per favorire l’esercizio di questo ruolo vi sono, innanzitutto, le schede di organizzazione. In tali schede viene chiesto di articolare: i) la mission della struttura che si dirige, ii) le responsabilità nei confronti dei principali stakeholders interni ed esterni all’Azienda, iii) i criteri di valutazione dei risultati della struttura e gli indicatori di verifica, iv) l’assetto organizzativo in termini di strutture di afferenza, sedi di erogazione dei servizi, dotazioni di personale.

⁹³ Rapporto Oasi 2017, p. 391.

Vicino alle osservazioni che derivano dalla ricerca Oasi, è il contributo di Paul Osterman (1946-)⁹⁴, che evidenzia come spesso i middle manager percepiscono l'organizzazione come inefficiente e inefficace, si sentono oberati di lavoro (*overworked*), non credono di essere veramente ascoltati dalla direzione, non vedono il significato completo del loro lavoro e vivono il contesto organizzativo come ambiguo, incoerente e fonte di conflitto di valori⁹⁵.

Alcune aree in particolare possono beneficiare di un migliore approccio al ruolo del middle management, e tra queste sicuramente aree quali quella relativa all'emergenza e quella delle cure intensive, dove serve una particolare impegno verso la combinazione dei vari professionisti ed una programmazione condivisa al livello di intervento sul singolo paziente⁹⁶. Il che comporta anche l'emersione di ruoli organizzativi nuovi, sia in posizioni di staff quali il controllo di gestione⁹⁷, sia nell'organizzazione delle attività clinico-assistenziali come nel caso del Direttore di dipartimento non amministrativo o tecnico⁹⁸, e lo sviluppo di competenze manageriali anche per ruoli che rimangono prevalentemente clinici, come nel caso dei medici direttori di unità operativa sanitaria⁹⁹.

Già Drucker, come visto nel primo capitolo, d'altra parte aveva impostato una riflessione sulla formazione manageriale non solo al massimo vertice aziendale, ma ai vari manager intermedi coinvolti nella gestione dell'azienda con una metodologia basata sulla direzione per obiettivi concordati collegialmente. Secondo l'autore è proprio con tale metodo che si riesce ad ottenere anche un'ottimale formazione dei manager direttamente sul campo, per cui:

Il modo più efficace per formare dei dirigenti adatti a gestire degli obiettivi sempre più alti non è quello di creare dei dirigenti "di riserva" (es. i "vice" in attesa di essere messi alla prova), bensì quello di affidare compiti limitati ma organicamente già completi a delle persone che hanno peraltro già partecipato all'attività collegiale di individuazione e contrattazione degli obiettivi¹⁰⁰.

Lo scopo è cioè far sì che i dirigenti di livello intermedio non si limitino ad una mera esecuzione degli ordini, ma gestiscano "imprenditivamente" gli obiettivi assegnati, con una ridefinizione del concetto di disciplina tramite procedure bottom up ed un focus centrato non è sui mezzi, ma sugli scopi¹⁰¹.

⁹⁴ Professore di risorse umane e management al MIT.

⁹⁵ Rapporto Oasi 2017, p. 400.

⁹⁶ Longo, Mele, Monchiero, Pinelli, Salvatore, Tasselli, 2012.

⁹⁷ Del Vecchio, 2002.

⁹⁸ Lega, 2008.

⁹⁹ Borgonovi, 1997.

¹⁰⁰ Bonazzi, 2002, p. 297.

¹⁰¹ *Ibidem*.

Anche AGENAS (2011) evidenzia la crescente necessità di un'adeguata formazione del professionista: vi è un sempre maggiore interesse a valutare la promozione dell'empowerment del professionista nelle Aziende sanitarie. Si pone molta attenzione a quelle dimensioni che più di altre contribuiscono a determinare la percezione complessiva di benessere organizzativo, come abbiamo visto nel primo capitolo. Tuttavia, permane ancora una certa confusione sulla metodologia da adottare che si traduce in strumenti, utilizzati dalle varie ricerche valutative, troppo diversi tra loro. È auspicabile quindi il raggiungimento di un metodo condiviso a livello nazionale che possa favorire il *benchmarking* e l'individuazione delle *best practices*. Come abbiamo detto, l'empowerment del professionista risulta fondamentale per promuovere il benessere ed il clima organizzativo, e di conseguenza l'efficacia dell'assistenza, l'efficienza e la produttività aziendale. Per questi motivi si è giunti ad inserire tali elementi all'interno del processo di valutazione della qualità dei servizi sanitari¹⁰².

Conclusioni

Da quanto si è detto, si comprende come il passaggio da organizzazioni sanitarie fortemente burocratizzate e basate su una gerarchia piramidale ad aziende basate su un management "diffuso" non sia stato né rapido né facile e può dirsi ancora in divenire. Infatti, si è visto come, per implementare nel modo più efficace ed efficiente questo nuovo tipo di approccio, sia necessario investire maggiormente sulla dirigenza intermedia. Questo vuol dire dare voce ai middle manager, valorizzarne l'operato, accoglierne le istanze. Tutti aspetti che il presente lavoro prevede di mettere in atto, con la consapevolezza che il cammino verso una piena valorizzazione del middle management è ancora lungo. Per cui la ricerca non ha, di per sé, pretesa di esaustività, ma ha comunque l'ambizione di avviare un processo complesso, ma dagli indubbi benefici, come si può dedurre da quanto detto in relazione al middle management nelle organizzazioni sanitarie e a clima e benessere organizzativo dell'azienda. Tale processo, già avviato da FIASO con le indagini di clima e più in generale col lavoro degli ultimi anni, è stato nell'ultimo anno inquadrato nel Forum Management Sanità (FMS). È proprio in tale ambito, col il coinvolgimento di manager e ricercatori, che si inserisce tale ricerca, nonché la possibilità di un futuro *step* verso una sempre migliore valorizzazione della dirigenza intermedia per un miglioramento dell'efficienza aziendale.

¹⁰² Agenas, 2011.

3. La metodologia dello studio

Sul piano metodologico, l'obiettivo principale di incentivare il cambiamento, agendo direttamente sulla condizione e sui processi che riguardano il management e di valorizzare le varie professioni riconducibili al Middle Management, si è articolato in una serie di obiettivi operativi specifici, così riassumibili:

- Alimentare attraverso un processo di ricerca e monitoraggio i lavori condotti all'interno del Forum Management Sanità costituito da FIASO;
- Costruire un bagaglio di informazioni e risultati di analisi di approfondimento sulla cultura manageriale in sanità;
- Valorizzare i profili professionali del Top e Middle Management delle Aziende Sanitarie attraverso il confronto e l'integrazione professionale;
- Sviluppare un dibattito scientifico sulle questioni di politica sanitaria legate alla governance e al management;
- Valorizzare le esperienze e i contenuti di tipo innovativo e fungere da riferimento rispetto all'applicazione delle teorie del *New public management* nel settore sanitario;
- Promuovere una Convention periodica del management sanitario.

A tale scopo sono stati elaborati 2 questionari strutturati, da somministrare l'uno ai rappresentanti del Middle Management e l'altro a quelli del Top Management nell'ambito delle aziende aderenti alla ricerca. I due questionari, elaborati e sottoposti al vaglio dei componenti del Tavolo del Forum, sono riportati in allegato (vedi allegati A e B).

Di seguito l'universo dei Middle Manager a cui sono stati inviati i questionari, suddiviso per regione di appartenenza.

Tabella 1 – MIDDLE MANAGER CUI È STATO SOMMINISTRATO IL QUESTIONARIO (per regione) (val. %)

Regione	%
Basilicata	3.72
Campania	7.99
Emilia-Romagna	9.29
Friuli Venezia Giulia	3.39
Lazio	17.21
Liguria	5.09
Lombardia	18.01
Marche	1.78
Molise	1.45
Piemonte	17.45
Provincia Autonoma di Bolzano	3.15
Provincia Autonoma di Trento	2.10
Puglia	4.93
Sicilia	1.62
Toscana	1.05
Veneto	1.78
Totale complessivo	100.00

Fonte: indagine FIASO – CNR Itb, settembre 2018

Ai questionari inviati, dopo alcuni solleciti, hanno risposto 585 Middle Manager, come riportato nella seguente tabella.

Tabella 2 – MIDDLE MANAGER CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO (per regione) (val. %)

Regione	%
Basilica	2.1
Bolzano	2.9
Campania	3.4
Emilia-Romagna	13.2
Friuli Venezia Giulia	2.4
Lazio	14.7
Liguria	6.5
Lombardi	22.0
Marche	1.9
Molise	1.0
Piemonte	17.6
Puglia	5.6
Sicilia	1.2
Toscana	1.2
Trentino Alto Adige	2.9
Veneto	1.4
Totale	100.0
v.a.	585

Fonte: Indagine FIASO – CNR Itb, settembre 2018

Come si nota, ad eccezione della Campania (3,4% dei rispondenti vs 7,99% degli appartenenti all'universo), la composizione del campione non si discosta in maniera significativa da quella dell'universo.

Di seguito i profili dei manager intervistati:

- Responsabile acquisti
- Direttore di Distretto
- Responsabile Farmacia ospedaliera
- Responsabile Ingegneria clinica
- Direttore Presidio Ospedaliero
- Direttore Dipartimento prevenzione
- Responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei luoghi di lavoro
- *Risk manager* aziendale
- Direttore Dipartimento Sanità pubblica
- Responsabile Sistemi Informativi

- Direttore Area tecnica/Servizio tecnico
- Capo del Personale e/o Responsabile Gestione risorse umane
- Capo ufficio stampa
- Responsabile Comunicazione
- Responsabile sito web aziendale
- Responsabile Controllo di gestione
- Responsabile Bilancio
- Responsabile Anticorruzione e Trasparenza
- Responsabile ufficio legale
- Responsabile Clinical Trial Center (se presente)
- Responsabile Promozione della Salute
- Altro (Dirigente Direzione Sanitaria, Responsabile Progetti e Commesse, Direzione amministrativa, Portavoce DG, etc.).

Il questionario è stato concepito a partire dalle riflessioni emerse durante le prime riunioni del Forum Management Sanità tra maggio 2017 e giugno 2018. In questa fase sono state concettualizzate le principali dimensioni da indagare, partendo dall'esperienza dei dirigenti presenti e da alcuni precedenti lavori di FIASO.

Sono stati utilizzati, a seconda delle esigenze legate a ciascuna area tematica, diversi tipi di domande, quasi tutte a risposta chiusa, vista l'esigenza di realizzare un questionario fortemente strutturato da somministrare ad un ampio campione di Middle Manager delle Aziende sanitarie dislocate sul territorio. Si è fatto ampio uso di scale del tipo "Likert", vista la loro efficacia e relativa facilità sia di costruzione e di somministrazione e sia con riferimento all'analisi dei dati.

Si è ritenuto appropriato sviluppare, per la sezione sull'etica, oltre alle domande a risposta chiusa, una domanda aperta sulla concezione dell'etica nel proprio lavoro.

Parimenti, per la sezione delle proposte, abbiamo previsto un'unica domanda aperta, lasciando così l'intervistato libero di esprimersi al meglio nonché al fine di avere un quadro completo. Ciò in vista dell'elaborazione di quella parte della ricerca volta a fornire raccomandazioni specifiche per valorizzare la dirigenza intermedia e accoglierne le istanze.

Per quanto riguarda il questionario per i Top Manager, si è seguito un approccio metodologico analogo, ma si è giunti all'elaborazione di un questionario più snello, essendo numericamente meno, ma non meno rilevanti, gli obiettivi cognitivi di questa parte della ricerca. Anche qui si è ritenuto di incentrare la sezione proposte su di un'unica domanda aperta, per i medesimi fini relativi al questionario rivolto ai Middle Manager.

La raccolta delle risposte è avvenuta tra luglio e settembre 2018.

I risultati sono stati discussi nell'ambito del Forum Management Sanità il 4 ottobre 2018.

4. Percezioni e vissuti del Middle Management

4.1 Il clima organizzativo

Il primo aspetto sul quale l'analisi tramite questionario, realizzata presso un campione di dirigenti intermedi delle Aziende Sanitarie che hanno aderito al progetto, si è soffermata è quello relativo al clima organizzativo ed alla identificazione degli intervistati con gli obiettivi istituzionali e la missione della propria struttura. Rispetto a questo aspetto l'indagine ci rimanda un quadro della situazione estremamente positivo, caratterizzato da forte identificazione e condivisione degli intervistati rispetto alla realtà ed alle funzioni della struttura nella quale operano.

La soddisfazione per il proprio lavoro, infatti, supera il 90% delle risposte, e l'interesse per la reputazione esterna della propria struttura viene confermato dalla quasi totalità del campione (98,9%). Il lavoro svolto nella struttura viene giudicato stimolante da oltre il 95% dei rispondenti. Più del 90% degli intervistati dichiara di esprimersi in termini collettivi quando ha l'occasione di parlare della propria struttura ("uso il «noi» piuttosto che «la struttura»"). Nei casi, poi, nei quali la struttura è oggetto di critica, più del 66% degli intervistati si ritiene coinvolto in termini di «offesa personale» (Tab. 3).

Su questa serie di aspetti, in sostanza, la ricerca ha permesso di evidenziare la significativa positività del rapporto tra dirigenti del Middle Management e struttura sanitaria nella quale operano, senza particolari distinzioni. I valori positivi, infatti, riguardano, per tutte le variabili esaminate, la quasi totalità dei rispondenti, né si verificano cadute verso una situazione meno positiva per nessuna delle categorie rispetto alle quali il campione può essere scomposto, vale a dire l'età, l'anzianità di servizio, il genere, l'area territoriale nella quale la struttura è collocata e la tipologia di struttura (Asl, Ao e Irccs).

Che la sanità italiana costituisca una eccellenza nel panorama italiano ed internazionale, e in particolare un settore fortemente coeso e di qualità rispetto agli altri comparti della Pubblica Amministrazione italiana, è un dato conoscitivo ormai consolidato. Oltre a ciò va considerato che il campione degli intervistati della presente indagine è un campione molto selezionato dal punto di vista delle responsabilità, cui solitamente si legano identificazione e condivisione della missione aziendale. Ciononostante, va detto che i risultati ottenuti rispetto alla soddisfazione, alla identificazione, all'interesse personale per gli obiettivi aziendali, sono davvero molto positivi, al di là di ogni aspettativa, il che costituisce un elemento importante di cui tenere conto in sede di conclusioni generali e di indicazioni rispetto ai processi da avviare per la ulteriore e più avanzata definizione del ruolo del Middle Management.

Tabella 3 – CONDIVISIONE E IDENTIFICAZIONE CON LA PROPRIA STRUTTURA
(val. %)

	Totale
Quando qualcuno critica la struttura/U.O. in cui lavoro, lo sento come un'offesa personale.	
Per niente d'accordo	11.6
Poco d'accordo	21.8
Abbastanza d'accordo	40.8
Molto d'accordo	25.8
Sono molto interessato a quello che pensano gli utenti della struttura/U.O. in cui lavoro.	
Per niente d'accordo	
Poco d'accordo	1.1
Abbastanza d'accordo	25.3
Molto d'accordo	73.6
Quando parlo della struttura/U.O. in cui lavoro, di solito dico "noi" piuttosto che "la struttura/U.O."	
Per niente d'accordo	1.1
Poco d'accordo	3.8
Abbastanza d'accordo	20.5
Molto d'accordo	74.6
Complessivamente sono soddisfatto del lavoro che svolgo.	
Per niente d'accordo	1.3
Poco d'accordo	6.8
Abbastanza d'accordo	52.1
Molto d'accordo	39.8
Il mio lavoro è interessante e stimolante.	
Per niente d'accordo	0.2
Poco d'accordo	4.2
Abbastanza d'accordo	31.4
Molto d'accordo	64.2

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.2 I meccanismi della governance e gli aspetti organizzativi

Ragionamento pressoché analogo può essere fatto per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e le modalità relazionali attraverso le quali la struttura si trova ad operare al suo interno, in particolare rispetto ai rapporti con la Direzione Generale. I valori positivi delle risposte alle domande che si riferiscono a questi aspetti sono meno elevati di quelli citati nel paragrafo che precede, ma comunque piuttosto alti.

Quasi il 70% degli intervistati afferma che la propria struttura è una realtà nella quale si

discute e si riflette sul modo in cui i membri del gruppo lavorano insieme. La Direzione aziendale incentiva la comunicazione e le relazioni tra le diverse strutture e Unità operative secondo più del 62% degli intervistati. Più del 67% degli intervistati afferma che i superiori danno valore al lavoro del Middle Management.

Anche in questo caso le risposte ci rimandano un quadro decisamente omogeneo rispetto alle valutazioni nella loro dimensione generale. Ciononostante, può essere interessante segnalare (Tab. 4) che gli IRCCS mostrano da questo punto di vista risultati più positivi, rispetto a quelli medi della totalità delle strutture, sia rispetto al tema della possibilità di discutere e riflettere sul lavoro comune (78,4% versus 69,4%), che rispetto all'impegno posto dalla Direzione Generale nell'incentivare la comunicazione e le relazioni tra le diverse strutture ed unità operative (64% versus 52,8%).

Analoghe considerazioni possono essere svolte per quanto riguarda il tema della trasparenza gestionale, e in questo caso i valori tornano ad essere molto elevati per tutte le categorie considerate, e vicini a 100% (Tab. 5). Così la chiarezza degli obiettivi della propria Unità organizzativa è considerata più che sufficiente da oltre il 96% dei rispondenti. La chiarezza dei meccanismi decisionali è confermata da oltre il 94%. La comunicazione a tutto il personale dei cambiamenti gestionali ed organizzativi e dei risultati attesi viene considerata più che adeguata dall'84% dei rispondenti. Non risultano differenze significative rispetto a genere, età, zona geografica e struttura.

Per concludere su questo aspetto, rispondendo ad una specifica domanda sulla eventuale opacità degli obiettivi della Azienda, solo il 27,3% ritiene che vi sia un certo grado di opacità nella struttura nella quale opera. Osservando le risposte date a questo quesito secondo la disaggregazione territoriale si riscontra un valore più elevato rispetto alla media nel Sud e nelle Isole (36,4%) e negli intervistati con oltre 22 anni di servizio (34,8%), ma sempre molto al di sotto della metà del campione.

Tabella 4 – DISCUSSIONE E COMUNICAZIONE NELLA STRUTTURA E TRA STRUTTURA E PER TIPOLOGIA (val. %)

	Tipologia di struttura				
	ASL	AO	IRCCS	Altro	Totale
In questa Struttura/U.O. si discute e si riflette sul modo in cui i membri del nostro gruppo lavorano insieme.					
Sempre	14.5	11.8	17.0	13.8	14.4
Spesso	52.4	62.3	61.4	44.8	55.0
Qualche volta	30.9	25.9	20.5	34.5	28.7
Mai	2.2		1.1	6.9	1.9
La direzione aziendale favorisce/incentiva la comunicazione e le relazioni tra le diverse strutture/U.O.					
Sempre	9.2	15.3	23.3	10.3	12.3
Spesso	40.5	45.9	40.7	24.1	40.5
Qualche volta	43.0	38.8	30.2	48.4	40.7
Mai	7.3		5.8	17.2	6.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 5 – MECCANISMI DECISIONALI, COMUNICAZIONE, OBIETTIVI E RISULTATI (val. %)

	Totale
Gli obiettivi della mia Unità Organizzativa mi sono chiari.	
Sì	75.5
Abbastanza	21.4
Poco	2.6
Per niente	0.5
I cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale.	
Sì	32.1
Abbastanza	51.9
Poco	13.4
Per niente	2.6
Ho un'idea chiara dei meccanismi decisionali nella mia struttura/U.O.	
Sì	69.0
Abbastanza	25.3
Poco	3.8
Per niente	1.9

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.3 Funzioni lavorative e formazione ricevuta

Anche per quanto riguarda le domande della sezione del questionario dedicata alle funzioni lavorative ed alla partecipazione alle attività formative, si rilevano opinioni decisamente positive, sia rispetto alla percezione relativa alla chiarezza dell'organigramma della propria struttura, che rispetto alla conoscenza dei propri compiti, che alla utilità della formazione ricevuta a livello personale, tutte superiori al 90% se consideriamo la somma delle risposte Sì e Abbastanza. Nel caso dell'organigramma e della chiarezza dei propri compiti e delle funzioni si arriva ad oltre l'80% delle indicazioni positive considerando il solo Sì.

Anche in questo caso non si registrano differenze significative osservando i risultati per sotto-campione (età, genere, struttura e territorio). Anche se può essere interessante notare che nel Nord Ovest il valore relativo alla chiarezza dell'organigramma è superiore rispetto alle altre zone (95,7% per il solo Sì). E che la ripartizione delle risposte per età anagrafica mostra una maggiore positività negli intervistati più giovani rispetto ai più anziani (Tab. 6, 7 e 8).

Tabella 6 – OBIETTIVI, COMUNICAZIONE DEI CAMBIAMENTI E MECCANISMI DECISIONALI PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Gli obiettivi della mia Unità Organizzativa mi sono chiari.					
Sì	67.2	74.1	76.6	79.0	75.5
Abbastanza	27.6	22.6	22.0	17.0	21.4
Poco	5.2	2.8	0.7	3.3	2.6
Per niente		0.5	0.7	0.7	0.5
I cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale.					
Sì	29.3	29.0	31.9	37.7	32.1
Abbastanza	43.2	54.0	54.7	49.7	51.9
Poco	24.1	13.8	10.6	11.3	13.4
Per niente	3.4	3.2	2.8	1.3	2.6
Ho un'idea chiara dei meccanismi decisionali nella mia struttura/U.O.					
Sì	62.1	69.4	69.0	70.6	69.0
Abbastanza	29.3	23.7	26.8	24.8	25.3
Poco	6.9	4.6	2.1	3.3	3.8
Per niente	1.7	2.3	2.1	1.3	1.9

Fonte: Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 7 – OBIETTIVI, COMUNICAZIONE DEI CAMBIAMENTI E MECCANISMI DECISIONALI PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Gli obiettivi della mia Unità Organizzativa mi sono chiari.					
Sì	77.1	77.3	74.5	67.5	75.5
Abbastanza	19.0	21.2	22.5	28.6	21.4
Poco	3.5	1.5	2.0	2.6	2.6
Per niente	0.4		1.0	1.3	0.5
I cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale.					
Sì	33.5	27.3	37.3	28.9	32.1
Abbastanza	49.8	56.1	49.0	55.3	51.9
Poco	13.6	13.6	12.7	13.2	13.4
Per niente	3.1	3.0	1.0	2.6	2.6
Ho un'idea chiara dei meccanismi decisionali nella mia struttura/U.O.					
Sì	71.6	67.4	69.6	61.0	69.0
Abbastanza	22.2	28.8	25.5	29.9	25.3
Poco	3.1	3.8	3.9	6.5	3.8
Per niente	3.1		1.0	2.6	1.9

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 8 – CHIAREZZA DELL'ORGANIGRAMMA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Ho un'idea chiara dell'organigramma della mia struttura/U.O.					
Sì	95.7	87.1	90.2	86.9	91.5
Abbastanza	3.5	11.3	8.8	11.8	7.4
Poco	0.8	0.8	1.0		0.7
Per niente		0.8		1.3	0.4
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
v.a.	260	133	102	76	571

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.3.1 La misurazione delle performance

Una specifica sezione del questionario era dedicata al tema delle performance ed alla relativa valutazione e misurazione. Una forte maggioranza dei rispondenti si esprime anche in questo caso in termini estremamente positivi su tutti gli aspetti considerati.

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza fornita alla propria utenza (Tab. 9), il 91,4% dei rispondenti dà una valutazione positiva. Nella struttura esistono strumenti di valutazione della performance secondo l'84% dei rispondenti, e questi strumenti sono differenziati per tipologia di funzioni secondo l'81,3% dei rispondenti. Le performance del team, Unità Operativa o del Dipartimento vengono valutate positivamente secondo l'80,6% degli intervistati (Tab.10).

Da un punto di vista territoriale va sottolineato (Tab. 9) che la qualità dell'assistenza fornita all'utenza è giudicata dagli intervistati del Sud e delle Isole meno positivamente rispetto alle altre aree territoriali del paese, con un valore dell'84,7% (versus il 91,4% della media di cui dicevamo), ma pur tuttavia con una valutazione decisamente alta e più vicina al 100% che al 50%.

Tra i dirigenti intervistati con maggiore anzianità di servizio (oltre 22 anni) risultano meno positive le opinioni rispetto alla presenza di una valutazione di performance relativamente al team, Unità Operativa o Dipartimento (72,6% rispetto all'80,6% della media), ed alla esistenza di strumenti per la valutazione delle performance (77% rispetto all'84%) (Tab. 10).

In termini di età anagrafica, invece, emerge con forza la maggiore positività delle risposte dei più giovani (31-45 anni) rispetto agli strumenti di valutazione ed alla valutazione di performance di team, Unità Operativa o Dipartimento (Tab. 11).

Non si registrano variazioni significative rispetto alla tipologia di struttura ed all'area geografica.

Tabella 9 – LA QUALITÀ DELLA ASSISTENZA PER AREA GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Ritiene adeguata la qualità dell'assistenza che fornisce ai suoi pazienti/utenti?					
Si	93.2	96.9	84.4	84.7	91.4
No	6.8	3.1	15.6	15.3	8.6

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 10 – VALUTAZIONE DI PERFORMANCE E RELATIVI STRUMENTI PER ANZIANITÀ DI SERVIZIO (val. %)

	Anzianità di servizio				Totale
	Fino a 6 anni	7-14 anni	15-22 anni	Oltre 22 anni	
Nella sua struttura/U.O. viene valutata la performance di team/unità/dipartimento?					
Si	87.9	81.3	82.3	72.6	80.6
No	12.1	18.7	17.7	27.4	19.4
Nella sua struttura/U.O. esistono strumenti di valutazione della performance?					
Si	90.2	86.0	84.1	77.0	84.0
No	9.8	14.0	15.9	23.0	16.0

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 11 – VALUTAZIONE DI PERFORMANCE E RELATIVI STRUMENTI PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Nella sua struttura/U.O. viene valutata la performance di team/unità/dipartimento?					
Si	94.8	76.1	81.6	80.7	80.6
No	5.2	23.9	18.4	19.3	19.4
Nella sua struttura/U.O. esistono strumenti di valutazione della performance?					
Si	91.5	82.9	83.3	83.4	84.0
No	8.5	17.1	16.7	16.6	16.0

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.3.2 Realizzazione degli obiettivi e vincoli della dirigenza

Una sezione abbastanza significativa del questionario è stata dedicata alle questioni relative al rapporto tra obiettivi e mission della propria struttura, da un lato, e vincoli nei rapporti professionali e nella organizzazione del lavoro, dall'altro.

Da questo punto di vista va innanzitutto detto che i risultati ottenuti in questa sezione dell'indagine scontano il peso della delicatezza del tema della sostenibilità valoriale ed etica del lavoro dirigenziale e della stessa mission della sanità, un tema peraltro solo raramente, e piuttosto recentemente, posto all'ordine del giorno della vita delle organizzazioni sanitarie (e non solo), e rispetto al quale permangono incertezze nella comprensione stessa delle questioni in gioco e del significato dei concetti di riferimento. Per questo motivo, rispetto a questi aspetti l'indagine, ed il relativo questionario, hanno

cercato di utilizzare un linguaggio e di proporre dei quesiti il più possibile chiari e scevri da possibili fraintendimenti, il che autorizza a credere che le risposte ottenute siano sufficientemente attendibili.

In questo senso riveste un certo interesse la risposta ottenuta rispetto alla frequenza con cui l'intervistato si trova ad affrontare problematiche sul piano deontologico. Il 56,2% risponde che ciò accade qualche volta ed il 35,4% spesso. Solo il 4,2% non si trova in questa situazione ed un analogo 4,2% afferma che ciò accade sempre nella sua struttura. Una maggiore frequenza si riscontra nel Sud e nelle Isole (50,7% tra Sempre e Spesso) (Tab. 12).

Ma ancora più interessanti sono le risposte ad alcune altre domande relative alla percezione di come si ponga la questione etica nel proprio lavoro:

- Il confrontarsi con i colleghi su come agire eticamente e deontologicamente, avviene nel 32,5% dei casi;
- Il Servizio sanitario permetta all'intervistato di agire secondo i suoi valori personali sempre nel 19,4% ed abbastanza nel 61,2% dei casi;
- La sensazione rispetto ai criteri di valutazione dei risultati indica i criteri dell'efficienza (31,6%), dell'efficacia (31,9%) e del rispetto degli adempimenti formali (32,5%) (Tab. 15);
- L'intervistato si sente nella maggior parte dei casi (77,9% Sì e 20,2% Abbastanza) responsabile della promozione dei valori etici di equità, universalità e uguaglianza verso i propri collaboratori (Tab. 14).

Va sottolineato a questo proposito che, rispetto a questi aspetti, non si riscontrano differenze significative secondo le principali variabili di incrocio, salvo le seguenti:

- Al Centro e al Sud e Isole ci si confronta più spesso con i colleghi su come agire eticamente e deontologicamente (76,4% e 71,4%);
- Al Sud e Isole ci si considera un po' meno responsabili della promozione dei valori etici di equità, universalità ed uguaglianza verso i collaboratori (97,4%);

Tabella 12 – FREQUENZA CON CUI SI AFFRONTANO PROBLEMATICHE SUL PIANO DEONTOLOGICO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Si	93.2	96.9	84.4	84.7	91.4
Mai	5.3	3.1	2.9	3.9	4.2
Qualche volta	56.9	63.3	53.4	45.4	56.2
Spesso	34.0	32.1	35.9	45.5	35.4
Sempre	3.8	1.5	7.8	5.2	4.2

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 13 – ETICA, VALORI, SENSO (val. %)

	%
Coi miei colleghi ci confrontiamo spesso su come riuscire ad agire eticamente e deontologicamente nel nostro lavoro	
In disaccordo	16.4
Abbastanza in disaccordo	51.1
Abbastanza d'accordo	29.3
In accordo	3.2
Il SSN mi permette di agire secondo i miei valori nella professione che svolgo	
In disaccordo	19.4
Abbastanza in disaccordo	61.2
Abbastanza d'accordo	18.5
In accordo	0.9
Credo che le mie attività lavorative abbiano senso e significato	
In disaccordo	46.0
Abbastanza in disaccordo	46.7
Abbastanza d'accordo	6.6
In accordo	0.7

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 14 – PERCEZIONE DELLA PROPRIA RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DEI PROPRI COLLABORATORI RISPETTO ALLA PROMOZIONE DEI VALORI ETICI DI EQUITÀ, UNIVERSALITÀ E UGUAGLIANZA (val. %)

	%
Si	77.9
Abbastanza	20.2
Poco	1.9

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

- Al Sud e Isole si sente maggiormente il peso degli adempimenti formali (44,1%);
- Tra gli intervistati con maggiore anzianità di servizio (oltre i 22 anni) appare più marcato il confronto con i colleghi su come agire eticamente (68,8%);
- Tra gli intervistati di minore età (31-45 anni) si sente di più il peso degli adempimenti formali (44,1%), a sfavore dell'efficienza (23,7%) e dell'efficacia (30,5) (Tab. 15).

Tabella 15 – IL PRINCIPALE ELEMENTO SU CUI SI INSISTE NELLA PROPRIA STRUTTURA RISPETTO AI RISULTATI DA RAGGIUNGERE PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Efficienza	23.7	37.8	30.3	27.0	31.6
Efficacia	30.5	28.6	36.6	32.9	31.9
Rispetto degli adempimenti formali	44.1	28.2	29.7	36.8	32.5
Etica		1.8		1.3	1.0
Altro	1.7	3.6	3.4	2.0	3.0

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Quando poi viene richiesto ai Middle Manager di dare una propria definizione di cosa si debba/possa intendere per etica in sanità, si ottengono varie interpretazioni.

Tra le più significative, in quanto si ripetono uguali o in forma simile, abbiamo la condivisione di norme e valori (alla base del SSN) connessi a competenze professionali e che regolano il comportamento nel proprio lavoro.

Molto citate sono anche l'onestà, la correttezza, l'equità, la trasparenza e la coerenza; il rispetto dei diritti e l'adempimento dei doveri; la professionalità e la responsabilità per poter fornire un servizio utile e adeguato;

Ricorrono poi piuttosto di frequente anche l'orientamento agli obiettivi, all'efficacia aziendale e all'efficienza del servizio, secondo un concetto di etica come adempimento ai propri doveri nel miglior modo possibile.

Altre definizioni sono rappresentate dal dover agire nel rispetto della normativa e rispettare la professionalità di ognuno nonché il lavoro degli altri, collaborando attivamente con i colleghi senza scaricare su di loro le responsabilità, dalla necessità di ascoltare i bisogni dei cittadini, individuare i problemi più importanti e realizzare con onestà le azioni per aiutare le persone a stare meglio.

Si indica inoltre spesso il dover avere rispetto e attenzione verso gli altri e in particolare considerare i bisogni dei pazienti che vanno posti sempre al centro del proprio lavoro. Infine, alcuni dei rispondenti considerano l'etica come il tenere un comportamento nell'interesse dell'Azienda seguendo le norme giuridiche e il buon senso, un comportamento professionale orientato al risultato e giuridicamente corretto.

4.4 La Governance Multilevel ed il ruolo del Middle Management

Secondo le intenzioni progettuali dell'indagine, il cuore principale dell'analisi è relativo al ruolo del Middle Management ed ai rapporti gerarchici, organizzativi e professionali tra diversi livelli di governo. Da questo punto di vista alcune specifiche domande hanno cercato di sondare le principali problematiche della questione.

Una di queste domande era mirata a sondare quali siano nella percezione dei Manager di livello intermedio i principali problemi nel rapporto con il Management apicale nella struttura di appartenenza. Le risposte raccolte ci segnalano che per il 44,6% degli intervistati la mancanza di comunicazione è il principale di questi problemi. Ad essa seguono criteri di valutazione poco chiari (26,1%), scarsa conoscenza reciproca (24,4%), scarsa propensione dei team leader a delegare (21,8%), e conflittualità (13%). Rispetto alle diverse categorie di rispondenti, spicca la percezione delle dirigenti femminili di una leadership poco definita (23%), rispetto a quanto invece è percepito dai colleghi maschi (15,5%) (Tab. 16).

Per quanto riguarda lo stile di direzione vigente nel rapporto tra Top e Middle Management, questo viene percepito come autoritario da una minoranza degli intervistati (12,7%), mentre la maggioranza si esprime a favore di uno stile collaborativo (63%), e in seconda battuta improntato all'autonomia (17,8%) ma con un forte distacco dal primo item classificato (Tab. 17).

Si nota inoltre una netta differenza di percezione tra i Middle Manager più giovani e quelli più anziani, dove i primi (31-45) percepiscono uno stile collaborativo-partecipativo nel 41,3% dei casi, mentre i più anziani (60 ed oltre) mostrano un atteggiamento più positivo dichiarando di percepire uno stile collaborativo nel 69,3% dei casi.

Tabella 16 – PROBLEMI NEL RAPPORTO TRA MANAGEMENT APICALE E MIDDLE MANAGEMENT PER GENERE (val. %)

	Genere:		
	Maschio	Femmina	Totale
Conflittualità	13.7	12.4	13.0
Mancanza di comunicazione	45.4	43.8	44.6
Insicurezza	10.0	6.6	8.3
Scarsa conoscenza reciproca	24.4	24.5	24.4
Criteri di valutazione e relativi parametri poco chiari	28.4	23.7	26.1
Leadership poco definita	15.5	23.0	19.3
Scarsa propensione dei team leader a delegare	21.4	22.3	21.8
Altro	17.7	18.2	18.0
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte			

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 17 – STILE DI DIREZIONE PREVALENTE NEL RAPPORTO TRA TOP E MIDDLE MANAGEMENT PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Collaborativo/partecipativo	41.3	64.1	63.2	69.3	63.0
Autoritario	19.0	11.2	11.8	13.3	12.7
Improntato all'autonomia	34.5	17.7	16.7	12.7	17.8
Altro	5.2	7.0	8.3	4.7	6.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Sempre riguardo allo stile di direzione, l'indagine rileva una percezione leggermente più positiva al Centro-Sud, dove si percepisce uno stile collaborativo/partecipativo nel 67,1% dei casi (Centro) e nel 66,2% dei casi (Sud e Isole) rispetto al 61,1 % nel Nord-Ovest e al 61,8% nel Nord-Est (Tab. 18).

Per ciò che attiene gli aspetti strettamente burocratici (Tab. 19), è stato poi chiesto ai dirigenti quanto le incombenze ad essi legati incidano sulla loro attività lavorativa, e le risposte ottenute evidenziano un 52,2% di dirigenti che reputano tali incombenze come molto incisive per il proprio lavoro, ed un 41% che concorda solo “abbastanza” con questa opinione.

Interessante sembra il fatto (Tab. 19) che la percezione del carico di incombenze burocratiche sia maggiormente sentita come influente sul proprio lavoro tra coloro che vantano una più elevata anzianità di servizio (22 anni o più) rispetto a coloro che hanno un'anzianità di servizio inferiore o uguale a 6 anni (48,5%).

In merito poi alla delicata questione degli accorpamenti delle Aziende, e più in generale dell'aumento di dimensione delle strutture gestionali della sanità, cui si assiste da alcuni anni, la maggioranza degli intervistati (53,3%) ritiene che tale processo porti a difficoltà gestionali, mentre il 22,2% degli intervistati ritiene che porti ad una migliore programmazione. La percezione che vi sia una migliore programmazione in conseguenza degli accorpamenti, indicata dal 31,6% dei dirigenti del Sud e delle Isole, e dal 26,7% del Centro, risulta ancor meno diffusa nelle aree settentrionali del Paese: 19,1% nel Nord-Ovest e 19,5% nel Nord-Est (Tab. 20).

Tabella 18 – STILE DI DIREZIONE PREVALENTE NEL RAPPORTO TRA TOP E MIDDLE MANAGEMENT PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Collaborativo/partecipativo	61.1	61.8	67.1	66.2	63.0
Autoritario	12.2	12.2	14.4	13.0	12.7
Improntato all'autonomia	19.8	21.4	11.3	13.0	17.8
Altro	6.9	4.6	7.2	7.8	6.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 19 – QUANTO INCIDE IL CARICO DI INCOMBENZE BUROCRATICHE SUL LAVORO PER ANZIANITÀ DI SERVIZIO (val. %)

	Anzianità di servizio				
	Fino a 6 anni	7-14 anni	15-22 anni	Oltre 22 anni	Totale
Molto	48.5	53.3	46.9	61.1	52.2
Abbastanza	41.7	39.1	48.3	34.0	41.0
Poco	4.9	5.3	3.4	2.8	4.2
In modo giusto	4.9	2.3	1.4	2.1	2.6
Altro	5.2	7.0	8.3	4.7	6.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 20 – EFFETTI DEGLI ACCORPAMENTI E IN GENERALE DELLA CRESCITA DI DIMENSIONI DELLA STRUTTURA/U.O PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Difficoltà gestionali	54.5	48.9	53.5	56.6	53.3
Risparmi certi	3.1	8.3	3.0	2.6	4.2
Peggioramento dei servizi	11.5	7.5	8.9	7.9	9.6
Migliore programmazione	19.1	19.5	26.7	31.6	22.2
Altro	11.8	15.8	7.9	1.3	10.7

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.5 Budget e risultati

Rispetto ad una serie di altre questioni, sulle quali l'indagine ha voluto soffermarsi, la situazione appare variegata. Si tratta in particolare degli obiettivi prevalenti sui quali i risultati del lavoro svolto vengono valutati, della possibilità di incidere sulle questioni relative al budgeting, delle valutazioni sulle risorse disponibili, della coerenza con le disposizioni ufficiali, dei contenuti e del ruolo del Middle Management e delle competenze attinenti al ruolo del Middle Management.

Per quanto riguarda la prima serie di questioni, relative al budgeting, interrogati sulla possibilità di intervenire sulle scelte di budgeting, i manager intervistati si dividono tra opinioni affermative e non, con una leggera prevalenza delle risposte affermative (56,7%). Tra i dati spicca quello del Nord-Est, più positivo degli altri (64,4% di risposte affermative), mentre i rispondenti del Sud e Isole mostrano una percezione più negativa a riguardo (con il 54,7% dei casi) (Tab. 21).

Una maggioranza leggermente al di sopra della metà dei rispondenti (59,6%) ritiene inoltre di non avere i mezzi e le risorse necessarie a svolgere il proprio lavoro. Se si confrontano i dati in base all'età (Tab. 22), si nota come, mentre i più giovani e i manager di mezza età risultano relativamente più ottimisti a riguardo, quelli più anziani (60 anni e oltre) rispondono prevalentemente in maniera negativa (67,3%).

Tabella 21 – POSSIBILITÀ DI INFLUIRE SUL BUDGET PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Ritiene di avere la possibilità di influire in maniera adeguata sul processo di budgeting?					
Si	55.6	64.4	57.8	45.3	56.7
No	44.4	35.6	42.2	54.7	43.3

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 22 – OPINIONI RISPETTO A MEZZI E RISORSE A PROPRIA DISPOSIZIONE PER ETÀ (val. %)

	Età				
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	Totale
Ritiene di avere a disposizione i mezzi e le risorse necessarie per svolgere il suo lavoro?					
Si	40.7	43.5	43.8	32.7	40.4
No	59.3	56.5	56.2	67.3	59.6

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Ripartendo, invece, il campione per area geografica di appartenenza, si riscontra una percezione più negativa, in merito ai mezzi e risorse necessarie per il proprio lavoro di cui si dispone, al Centro, con un 64,9% di risposte negative, e soprattutto al Sud e Isole, con il 77,9% di “No” (Tab. 23).

Anche i risultati relativi al principale elemento su cui si insiste in termini di risultati da raggiungere nella propria struttura, rispetto al quale abbiamo già commentato (vedi Tab. 15) il maggiore peso degli adempimenti formali percepito dai giovani presi nel loro complesso, il campione si ripartisce in tre gruppi quasi identici per peso: il 31,6% indica l'efficienza, il 31,9% l'efficacia, ed il 32,5% il rispetto degli adempimenti formali. Né si registrano variazioni significative di questo quadro considerando le diverse categorie di intervistati analizzate, con l'eccezione già rilevata dei Manager più giovani rispetto alle formalità.

Tabella 23 – OPINIONI RISPETTO A MEZZI E RISORSE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	Totale
Ritiene di avere a disposizione i mezzi e le risorse necessarie per svolgere il suo lavoro?					
Si	42.7	50.4	35.1	22.1	40.4
No	57.3	49.6	64.9	77.9	59.6

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.6 Ruoli e compiti del Middle Management

Anche rispetto al ruolo ed ai compiti del Middle Management i risultati dell'indagine mostrano alcune incertezze, innanzitutto rispetto alla chiarezza stessa delle funzioni assegnate a questo livello intermedio di Management. Come emerge infatti dalla Tabella 24, il 54,2% dei rispondenti reputa le funzioni assegnate chiare ma generali, il 17,7% confuse ed il 13,7% mal distribuite. Solo il 12% le giudica definite in dettaglio.

In termini poi di coerenza tra i compiti definiti dalle disposizioni ufficiali e le funzioni realmente richieste (Tab. 25), è una percentuale del 63,6% ad esprimersi in termini positivi, mentre una quota del 36,4% ritiene che la coerenza non vi sia, o non vi sia a sufficienza. E sono soprattutto i più giovani (tra 31 e 45 anni) ad esprimersi in senso critico con un 40,7% di opinioni critiche contro il 59,3% di valutazioni positive.

Osservando poi i risultati relativi alla medesima questione per ripartizione geografica (Tab. 26), spiccano i valori ancor più negativi registrati per il Centro ed il Sud e Isole, a differenza del Nord. Nel centro infatti assommano al 40,6% le opinioni critiche, Nel Sud e nelle Isole si arriva al 49,3%, mentre il Nord oscilla 32,1% e 33,3%.

Tabella 24 – CHIAREZZA DELLE FUNZIONI ASSEGNATE AL MIDDLE MANAGEMENT (val. %)

	Totale
Definite in dettaglio	12.0
Chiare ma generali	54.2
Confuse	17.7
Mal distribuite	13.7
Altro	2.4

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 25 – COERENZA TRA I COMPITI DEFINITI DALLE DISPOSIZIONI UFFICIALI E LE FUNZIONI REALMENTE RICHIESTE PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Si	59.3	63.6	67.4	61.7	63.6
No	40.7	36.4	32.6	38.3	36.4

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 26 – COERENZA TRA I COMPITI DEFINITI DALLE DISPOSIZIONI UFFICIALI E LE FUNZIONI REALMENTE RICHIESTE PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				Totale
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	
Si	66.7	67.9	59.4	50.7	63.6
No	33.3	32.1	40.6	49.3	36.4

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Di particolare interesse risulta la domanda che è stata posta rispetto all'importanza delle diverse competenze nello svolgimento del proprio ruolo (Tab. 27). Da questo punto di vista l'indagine ci rimanda un quadro nel quale le competenze tecnico-specialistiche, quelle comportamentali-manageriale e quelle organizzativo gestionali vengono indicate con pesi sostanzialmente analoghi: 36,2%, 30,8% e 31,2%. Sembra quindi che la situazione rilevata sia caratterizzata da una compresenza ed un pari peso di tutte e tre le dimensioni di competenza indicate.

Un certo maggior peso delle competenze tecnico-specialistiche si rileva per i giovani tra 31 e 45 anni.

Tabella 27 – QUANTO PESANO INTERMINI PERCENTUALI LE COMPETENZE (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Competenze tecnico - specialistiche	40.6	36.9	34.7	34.9	36.2
Competenze comportamentali - manageriali	28.3	30.6	31.2	31.7	30.8
Competenze organizzativo - gestionali	29.1	31.0	31.7	31.8	31.2
Altro	2.0	1.5	2.4	1.6	1.8

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.7 Le proposte: fattori del buon clima organizzativo e valori

Una serie di domande del questionario era dedicata a cogliere da parte dei manager intervistati eventuali spunti e proposte per le azioni da promuovere nell'immediato futuro. In particolare, si è chiesto agli intervistati quali secondo loro dovrebbero essere i fattori da incentivare per la promozione di un buon clima organizzativo, quali i valori da promuovere, quali le competenze da sviluppare nel Middle Management, quali i contenuti della formazione da dedicare al Middle Management.

Per quanto riguarda i fattori del buon clima organizzativo (Tab. 28), nonostante il quadro fortemente positivo emerso in relazione a come il clima organizzativo della propria situazione lavorativa viene percepito, vari sono gli aspetti considerati importanti e da promuovere, secondo i manager, per la costruzione di un buon clima organizzativo.

Tra i vari item selezionabili (era possibile fornire più risposte) spiccano nettamente due elementi in parte già evidenziati. Infatti, appaiono come molto sentiti il bisogno di relazioni umane positive e la prevenzione dello stress lavoro-correlato (opzione che nel suo complesso ha ottenuto il 60,3% delle risposte), elemento che in effetti ha iniziato ad emergere nei dibattiti e negli studi sul management da qualche anno a questa parte.

Accanto a ciò emerge l'indicazione di una leadership costruttiva (76,1%), una questione anche questa ampiamente studiata.

Meno sentiti, ma comunque scelti da una percentuale non indifferente di Middle Manager, risultano essere: la comunicazione (33,3%), il bisogno di empowerment (responsabilità individuale, valutazione ed autovalutazione, aggiornamento delle competenze) con il 31,4% di risposte; la trasparenza sugli obiettivi, le regole, i compiti (23,7%); e l'adeguatezza delle risorse (dotazione tecnica e locali adeguati) con il 22,1% di risposte date.

Tabella 28 – ELEMENTI PIÙ IMPORTANTI DA CONSIDERARE PER LA COSTRUZIONE DI UN CLIMA ORGANIZZATIVO FAVOREVOLE (val. %)

	Totale
Relazioni umane positive, prevenzione dello stress lavoro-correlato	60.3
Informazione e comunicazione	33.3
Leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti).	76.1
Empowerment (responsabilità individuale, valutazione ed autovalutazione, aggiornamento delle competenze).	31.4
Adeguatezza delle risorse (dotazione tecnica e locali adeguati).	22.1
Trasparenza (sugli obiettivi, le regole, i compiti).	23.7
Equità nei trattamenti di carriera.	11.3
Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui risultati raggiunti.	6.6
Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui problemi emersi e sulle relative soluzioni.	14.6
La gestione di un corretto confronto collegiale rispetto ai problemi da risolvere.	18.8
Altro	0.5
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte	

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Dall'incrocio di questi risultati con le diverse categorie di rispondenti emerge quanto segue:

- L'equità nei trattamenti di carriera risulta più importante per i Manager con una anzianità di servizio tra 7 e 22 anni, e meno per le due fasce estreme di anzianità;
- In quanto all'età anagrafica, i più giovani (31- 45 anni) indicano più frequentemente la leadership costruttiva e l'equità nei trattamenti di carriera rispetto alle altre fasce di età;
- I manager del Sud e delle Isole indicano più frequentemente l'informazione e comunicazione e l'adeguatezza delle risorse;
- Le manager donna indicano più frequentemente la leadership costruttiva, l'empowerment, l'equità nei trattamenti di carriera;
- Mentre i Manager uomini indicano più frequentemente un corretto confronto collegiale e la trasparenza;
- I manager degli IRCCS segnalano con maggiore frequenza informazione e comunicazione, equità nei trattamenti e adeguatezza delle risorse.

Per quanto riguarda, invece, cosa gli intervistati reputano più importante e da promuovere rispetto ai valori e principi etici di riferimento (Tab. 29), nella media del campione notiamo come l'insieme di equità, trasparenza ed onestà sia l'elemento maggiormente sentito, con il 54,2% delle indicazioni. Seguono il coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica (17,5%), la qualità (11,3%) ed il rispetto dei diritti dei pazienti e degli stakeholder (11,5%).

Gli intervistati più giovani, dopo equità, trasparenza ed onestà, scelti dal 41,4%, indicano con maggiore frequenza il rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder (22,4%).

I più anziani, al contrario, reputano più rilevante, sempre dopo l'equità, il coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica (20,3%).

Inoltre, da segnalare che le manager donna (Tab. 30) indicano equità, trasparenza ed onestà nel 56,8% dei casi, ed a seguire il rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder (14,2%), mentre gli uomini segnalano il coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica nel 21,3% dei casi.

Tabella 29 – ELEMENTI DA PROMUOVERE RISPETTO AI VALORI E PRINCIPI ETICI DI RIFERIMENTO PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Qualità	12.1	12.2	6.3	14.4	11.3
Valutazione delle performance	13.8	2.3	5.6	5.2	5.0
Rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder	22.4	7.2	12.5	12.4	11.5
Equità, trasparenza, onestà	41.4	59.2	58.9	47.0	54.2
Coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica	10.3	18.6	16.0	20.3	17.5
Altro		0.5	0.7	0.7	0.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 30 – ELEMENTI DA PROMUOVERE RISPETTO AI VALORI E PRINCIPI ETICI DI RIFERIMENTO PER GENERE (val. %)

	Genere:		
	Maschio	Femmina	Totale
Qualità	11.8	10.7	11.3
Valutazione delle performance	5.9	4.2	5.0
Rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder	8.7	14.2	11.5
Equità, trasparenza, onestà	51.6	56.8	54.2
Coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica	21.3	13.8	17.5
Altro	0.7	0.3	0.5

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.8 Le proposte: contenuti e competenze della formazione

Per quanto riguarda la formazione, quella ricevuta viene giudicata mediamente in maniera positiva (Tab. 31). Infatti, la maggioranza dei dirigenti intervistati si ritiene abbastanza (54,8%) o molto in accordo (25,5%) con il fatto che la programmazione degli interventi formativi si basi su una consultazione degli operatori rispetto ai loro bisogni. Inoltre, solo una piccola parte degli intervistati si dichiara d'accordo (22,8%) sul fatto che la formazione sia vista dall'Azienda solo come un impegno formale.

Riguardo ai corsi obbligatori per la formazione, i manager di livello intermedio li considerano adeguati: una netta maggioranza (67,1%) infatti esprime disaccordo sul fatto che corsi obbligatori cui hanno partecipato non siano adeguati alle loro esigenze formative. Infine, non si avvicinano alla metà del campione (32,7%) coloro che ritengono che le conoscenze teoriche trasmesse siano poco significative per essere applicate all'attività professionale.

Rispetto a cosa occorrerebbe fare per migliorare ulteriormente la formazione, è opinione diffusa che “bisognerebbe lavorare sulla definizione delle competenze da trasmettere per i nuovi ruoli gestionali del Middle Management” (Tab. 32), opzione selezionata dal 92,5% dei rispondenti.

Per quanto riguarda le competenze ritenute più importanti per il Middle Management (Tab. 33), e dunque da sviluppare maggiormente, tra le varie risposte che era possibile dare spicca “la “comunicazione e ascolto” (68,3%), ma anche “l'accuratezza/qualità del lavoro” e “l'organizzazione e obiettivi” sono tra le opzioni maggiormente scelte (rispettivamente, il 57,3% e il 55,6% delle volte).

È interessante sottolineare che i manager del Nord-Ovest indicano tra le competenze chiave da sviluppare con maggiore frequenza delle altre aree territoriali “la consapevolezza organizzativa” (41,0%), mentre quelli del Centro Italia prediligono maggiormente “la proattività” (35,9%).

Altre peculiarità da segnalare:

- Al Nord Ovest, maggiore enfasi su accuratezza e qualità del lavoro, managerialità e propensione al cambiamento;
- Al Nord Est, più opzioni rilevate per “comunicazione e ascolto”, “proattività” e “sviluppo dei collaboratori”;
- Al Centro si registra maggiore attenzione per “managerialità”, “proattività” e “sviluppo dei collaboratori”;
- Al Sud e Isole, spicca “fiducia nelle proprie capacità”.

Analizzando la stessa questione rispetto all'età dei rispondenti (Tab. 33), si nota che tra i più giovani (31-45 anni) la scelta ricade più frequentemente sull'“accuratezza e la qualità del lavoro” (62,7%), su “organizzazione e obiettivi” (64,4%), sulla “proattività” (35,6%) e sull'“autocontrollo” (18,6%).

Tabella 31 – OPINIONI SULLA FORMAZIONE (val. %)

	Totale
La programmazione degli interventi formativi si basa su una consultazione degli operatori rispetto ai loro bisogni.	
Per niente d'accordo	2.4
Poco d'accordo	17.3
Abbastanza d'accordo	54.8
Molto d'accordo	25.5
La formazione è vista dall'Azienda solo come un impegno formale	
Per niente d'accordo	30.6
Poco d'accordo	46.6
Abbastanza d'accordo	19.3
Molto d'accordo	3.5
I corsi obbligatori a cui ho partecipato non erano adeguati alle mie esigenze formative	
Per niente d'accordo	23.4
Poco d'accordo	43.7
Abbastanza d'accordo	26.7
Molto d'accordo	6.2
Si trasmettono conoscenze teoriche poco significative rispetto alla loro applicabilità alla attività professionale	
Per niente d'accordo	17.0
Poco d'accordo	50.3
Abbastanza d'accordo	27.1
Molto d'accordo	5.6
Per il mio ruolo professionale mancano modelli formativi e contenuti ben definiti da apprendere	
Per niente d'accordo	18.2
Poco d'accordo	32.7
Abbastanza d'accordo	35.5
Molto d'accordo	13.6
Bisognerebbe lavorare sulla definizione delle competenze da trasmettere per i nuovi ruoli gestionali del middle management	
Per niente d'accordo	0.7
Poco d'accordo	6.8
Abbastanza d'accordo	50.4
Molto d'accordo	42.1

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 32 – COME MIGLIORARE LA FORMAZIONE (val. %)

Bisognerebbe lavorare sulla definizione delle competenze da trasmettere per i nuovi ruoli gestionali del middle management	
Per niente d'accordo	0.7
Poco d'accordo	6.8
Abbastanza d'accordo	50.4
Molto d'accordo	42.1

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 33 – COMPETENZE CHIAVE PIÙ IMPORTANTI PER IL MIDDLE MANAGEMENT PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val. %)

	Ripartizioni				Totale
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	
Accuratezza/qualità del lavoro	61.2	50.4	54.4	59.7	57.3
Autocontrollo	10.1	7.5	10.7	13.0	10.0
Comunicazione e ascolto	66.0	72.2	69.9	67.5	68.3
Consapevolezza organizzativa	41.0	36.8	30.1	37.7	37.7
Fiducia nelle proprie capacità	16.4	12.0	11.7	18.2	14.8
Identificazione	4.5	7.5	3.9	5.2	5.2
Impatto e influenza	3.0	6.0	3.9	1.3	3.6
Managerialità	30.2	25.6	34.0	29.9	29.8
Organizzazione e obiettivi	58.2	49.6	51.5	62.3	55.6
Orientamento al servizio	18.3	18.0	16.5	15.6	17.6
Proattività	26.5	33.8	35.9	14.3	28.2
Propensione al cambiamento	47.0	39.1	45.6	46.8	44.9
Sviluppo dei collaboratori	40.3	51.1	50.5	36.4	44.1
Team leadership	31.0	37.6	22.3	26.0	30.3
Team work	29.1	34.6	33.0	33.8	31.7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 5 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 34 – COMPETENZE CHIAVE PIÙ IMPORTANTI PER IL MIDDLE MANAGEMENT PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Accuratezza/qualità del lavoro	62.7	57.9	53.4	58.1	57.3
Autocontrollo	18.6	8.6	8.9	9.7	10.0
Comunicazione e ascolto	62.7	68.3	68.5	70.3	68.3
Consapevolezza organizzativa	32.2	35.3	41.8	39.4	37.7
Fiducia nelle proprie capacità	15.3	13.6	11.0	20.0	14.8
Identificazione	6.8	2.7	8.9	4.5	5.2
Impatto e influenza	10.2	2.3	2.1	4.5	3.6
Managerialità	28.8	29.4	30.8	29.7	29.8
Organizzazione e obiettivi	64.4	55.7	54.1	53.5	55.6
Orientamento al servizio	10.2	16.3	20.5	19.4	17.6
Proattività	35.6	30.3	27.4	23.2	28.2
Propensione al cambiamento	20.3	42.5	43.2	59.4	44.9
Sviluppo dei collaboratori	39.0	44.8	51.4	38.1	44.1
Team leadership	30.5	34.8	28.8	25.2	30.3
Team work	33.9	33.9	33.6	25.8	31.7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 5 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

I più anziani indicano più frequentemente degli altri la “propensione al cambiamento” (59,4%) e la “fiducia nelle proprie capacità” (20%).

Guardando poi alle differenze riscontrate nelle risposte degli intervistati appartenenti alle diverse strutture del campione (Tab. 35), si nota come sia nelle Asl (48,4%) che nelle AO (44,8%) la “propensione al cambiamento” è considerata più importante rispetto a quanto lo sia negli IRCCS (29,5%). In questi ultimi è invece considerato maggiormente importante la qualità del lavoro (58%) e lo “sviluppo dei collaboratori” (54,5%). Gli IRCCS inoltre considerano meno rispetto alle altre tipologie la managerialità (25%) e le Aziende Ospedaliere “l’orientamento al servizio” (13,8%) e l’autocontrollo (13,8%).

In merito poi ai contenuti della formazione (Tab. 36), dai dati raccolti risulta meno sentita l’urgenza di introdurre strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione (20,2%), rispetto alla comunicazione ed alle relazioni professionali (57,2%), agli strumenti di management (56,3%), alle tecnologie e ICT (50,1%), alle strategie per una sanità sostenibile (48,4%), ed alla innovazione e creatività (47%).

Tabella 35 – COMPETENZE CHIAVE PIÙ IMPORTANTI PER IL MIDDLE MANAGEMENT PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA (val. %)

	Tipologia di struttura				Totale
	ASL	AO	IRCCS	Altro	
Accuratezza/qualità del lavoro	55.1	60.9	58.0	73.3	57.3
Autocontrollo	9.6	13.8	10.2	3.3	10.0
Comunicazione e ascolto	69.7	64.4	70.5	56.7	68.3
Consapevolezza organizzativa	39.6	35.6	36.4	23.3	37.7
Fiducia nelle proprie capacità	15.7	10.3	14.8	16.7	14.8
Identificazione	5.3	2.3	9.1		5.2
Impatto e influenza	4.0	2.3	4.5		3.6
Managerialità	31.4	28.7	25.0	26.7	29.8
Organizzazione e obiettivi	54.8	62.1	52.3	56.7	55.6
Orientamento al servizio	16.8	13.8	21.6	26.7	17.6
Proattività	28.2	31.0	27.3	23.3	28.2
Propensione al cambiamento	48.4	44.8	29.5	46.7	44.9
Sviluppo dei collaboratori	42.0	43.7	54.5	40.0	44.1
Team leadership	30.9	32.2	31.8	13.3	30.3
Team work	30.9	31.0	33.0	40.0	31.7

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 5 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 36 – CONTENUTI INNOVATIVI DA INTRODURRE NELLA FORMAZIONE PER IL MANAGEMENT FUTURO DELLA SANITÀ (al massimo tre risposte) (val. %)

Risposta	Totale
Tecnologie ed Ict	50.1
Strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione	20.2
Strumenti di management	56.3
Innovazione e creatività	47.0
Comunicazione e le relazioni professionali	57.2
Strategie per una sanità sostenibile	48.4
Altro	2.1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 3 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Rispetto ai dettagli riferibili alle diverse tipologie di rispondenti, si segnalano le seguenti particolarità:

- Il maggior peso destinato alla formazione in ICT da parte dei giovani (Tab. 37);
- Il maggior peso attribuito alla innovazione, alla sostenibilità ed alla comunicazione da parte dei più anziani (Tab. 37);
- Il maggior peso attribuito agli strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione da parte dei Manager del Sud e delle Isole (Tab. 38);
- Il maggior peso degli strumenti di management nel Nord Est e nel Centro (Tab. 38);
- Le strategie per la sostenibilità segnalate con maggiore evidenza dalle donne (Tab. 39).

Tabella 37 – CONTENUTI INNOVATIVI DA INTRODURRE NELLA FORMAZIONE PER IL MANAGEMENT FUTURO DELLA SANITÀ PER ETÀ (val. %)

	Età				Totale
	31-45	46-54	55-59	60 e oltre	
Tecnologie ed Ict	61.0	53.9	48.6	41.9	50.1
Strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione	20.3	16.0	21.9	24.5	20.2
Strumenti di management	64.4	65.8	50.7	45.2	56.3
Innovazione e creatività	35.6	43.8	53.4	49.7	47.0
Comunicazione e le relazioni professionali	49.2	60.3	52.7	60.0	57.2
Strategie per una sanità sostenibile	40.7	44.3	48.6	56.8	48.4
Altro	3.4	0.9	4.1	1.3	2.1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 3 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 38 – CONTENUTI INNOVATIVI DA INTRODURRE NELLA FORMAZIONE PER IL MANAGEMENT FUTURO DELLA SANITÀ PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (val.%)

	Ripartizioni				Totale
	Nord ovest	Nord est	Centro	Sud e isole	
Tecnologie ed Ict	50.6	47.4	51.5	51.3	50.1
Strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione	19.9	13.5	22.3	30.3	20.2
Strumenti di management	53.9	63.2	60.2	47.4	56.3
Innovazione e creatività	44.6	51.9	50.5	42.1	47.0
Comunicazione e le relazioni professionali	54.7	59.4	59.2	59.2	57.2
Strategie per una sanità sostenibile	47.9	51.1	39.8	56.6	48.4
Altro	3.0	2.3	1.0		2.1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 3 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 39 – CONTENUTI INNOVATIVI DA INTRODURRE NELLA FORMAZIONE PER IL MANAGEMENT FUTURO DELLA SANITÀ PER GENERE (val. %)

	Genere:		
	Maschio	Femmina	Totale
Tecnologie ed Ict	51.6	48.6	50.1
Strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione	20.1	20.3	20.2
Strumenti di management	58.5	54.1	56.3
Innovazione e creatività	45.7	48.3	47.0
Comunicazione e le relazioni professionali	56.7	57.6	57.2
Strategie per una sanità sostenibile	43.9	52.8	48.4
Altro	2.1	2.1	2.1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili fino a 3 risposte

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

4.9 Le proposte: le libere opinioni degli intervistati

Quando si è chiesto ai Middle Manager di formulare liberamente delle proposte per il consolidamento professionale e gestionale del Middle Management in sanità, i rispondenti si sono concentrati in particolare sui bisogni di formazione, comunicazione e chiarezza dei ruoli e miglioramenti gestionali.

Così, in relazione alla formazione, si suggeriscono “Diffusione ed addestramento all’uso di sistemi informativi interoperabili”, “[...] verifiche periodiche in merito alle competenze individuali per i titolari di funzioni [...]”, “Adeguamento delle unità di personale alle esigenze del servizio”, “formazione iniziale”, “integrazione delle nuove risorse di personale nel team con condivisione delle competenze”, “formazione continua” e anche “la creazione di una «Scuola Superiore in Sanità» a livello nazionale/regionale che formi e periodicamente aggiorni il middle management sugli assi portanti della sua attività”, di “istituire una Scuola nazionale di amministrazione sanitaria sul modello dell’ENA francese”. Più in generale si sottolinea la necessità di investire maggiormente nella formazione continua” e si auspica una “partecipazione a programmi e percorsi di formazione nei quali potersi confrontare in modalità multidisciplinare con altre aziende italiane e/o internazionali e con aziende aventi le «best practice»”.

Per la comunicazione, si propongono “corsi di formazione manageriale maggiormente improntati sulla gestione di progetti, leadership, comunicazione”, di “aumentare la conoscenza dell’organizzazione aziendale, sinergia fra le varie figure professionali, scambio di informazioni e di idee nel breve e medio termine”, “aumentare la comunicazione ai vari livelli gestionali, istituire periodiche riunioni e affiancamenti nei sopralluoghi fra i superiori e i sottoposti.” È ritenuto inoltre importante migliorare “...la capacità di delega” (si ritiene infatti opportuna una “maggiore delega gestionale”) e “favorire il confronto e la crescita comune”. Si sottolinea poi la necessità di “lavorare su modelli organizzativi e gestionali condivisi”. Infine, si indica il bisogno di una “interazione con il Forum di management e comunicazione interaziendale”, alla stregua di quanto sta avvenendo proprio grazie al Forum Management Sanità promosso da FIASO.

Riguardo alla chiarezza dei ruoli, le risposte ricevute indicano “la necessità di chiarezza su cosa sia il middle management e sulle caratteristiche che deve possedere/acquisire e sulle attese che la Direzione Strategica può avere”. Si sottolinea poi il bisogno di una “definizione più puntuale del middle management all’interno dell’organizzazione, con focus sulle funzioni e sulle modalità operative”, l’importanza di “dare maggiori responsabilità di risultato al middle management delle professioni sanitarie e [...] lavorare sulla definizione precisa di obiettivi condivisi e sulla performance collegata al merito”. Ma anche “definire modalità di selezione e reclutamento chiare”. E ancora si evidenzia l’importanza dell’“identificazione chiara dei profili professionali e delle competenze per le diverse figure chiave del middle management e l’attivazione di strumenti condivisi, meglio se nazionali, a supporto delle singole attività”.

A livello gestionale, si ritiene importante “avere direttive chiare e stabili che permettano una gestione incisiva, coerente e serena con un margine di autonomia d’azione nell’ottica di un miglioramento quali-quantitativo dell’assistenza e di un valido contenimento della spesa sanitaria”. Di sicuro rilievo, come già sottolineato in altri punti del lavoro, è la necessità di “diminuire il carico burocratico, e poter gestire un adeguato numero di risorse rispetto agli adempimenti richiesti”. Molto significativo ci sembra il suggerimento di “investire risorse in particolare sull’utilizzo degli strumenti di project management”. L’implementazione di migliori processi gestionali sembra dover passare per il “promuovere progetti di team-work in ambito aziendale, intra e interdisciplinari e nel middle management, al fine di assicurare condivisione di esperienze sul campo, punti di vista, comportamenti”. Si parla infine di “sincronizzazione tra obiettivi di programmazione aziendale e obiettivi di singole unità operative interne alla azienda”.

Infine, alcuni rispondenti evidenziano la necessità di implementare migliori processi di valutazione aziendale tramite “[...] il confronto con realtà analoghe alla propria (benchmark)” e la “valutazione e controllo delle performances e dei comportamenti manageriali”.

4.10 Alcune peculiarità dei Manager giovani

Può essere interessante rilevare alcune peculiarità delle diverse tipologie di rispondenti, considerate nel loro complesso e rispetto a tutte le variabili studiate dalla indagine.

Per quanto riguarda i Manager più giovani, ad esempio, si segnala un livello di valutazione della qualità di assistenza fornita agli utenti più elevato rispetto alla media.

Le performance e la loro valutazione con i relativi strumenti sono apprezzati in modo particolare dai Manager più giovani.

Dal punto di vista dello stile di direzione prevalente i manager giovani indicano più frequentemente uno stile improntato all’autonomia, ed in seconda battuta uno stile autoritario.

Rispetto ai principali problemi nel rapporto tra Management apicale e Middle Management, i giovani indicano in via prioritaria la mancanza di comunicazione, ma indicano anche più delle altre categorie di età una “leadership poco definita”.

Il rispetto degli adempimenti formali è per i giovani più pressante che per le altre categorie di età, e la coerenza tra compiti definiti per le vie ufficiali e funzioni richieste è meno sentita.

Le competenze tecnico-specialistiche pesano di più secondo i giovani rispetto alle altre competenze.

Dal punto di vista delle proposte avanzate, i più giovani sottolineano più delle altre

fasce di età la necessità di promuovere l'equità di carriera e la leadership costruttiva, e rispetto ai valori etici ed ai principi di riferimento i diritti dei pazienti e degli stakeholder.

Dal punto di vista delle competenze da promuovere, i giovani indicano più frequentemente degli altri l'autocontrollo, l'organizzazione per obiettivi e la proattività, ed in termini di contenuti la mancanza di modelli formativi e contenuti ben definiti.

4.11 Le peculiarità del Sud e delle Isole

Per quanto riguarda i manager del Sud e delle Isole, questi indicano più frequentemente di quelli delle altre ripartizioni territoriali la presenza di uno stile di direzione collaborativo ed una minore enfasi organizzativa sulla efficienza a favore soprattutto del rispetto degli adempimenti formali.

Maggiore inoltre è la sensazione di poter incidere poco sul processo di budgeting, e di non avere a disposizione i mezzi e le risorse necessarie per il proprio lavoro.

Meno adeguata viene percepita la distribuzione di responsabilità e compiti tra le diverse figure professionali della struttura, e si segnala più confusione sulle funzioni del Middle Management. La coerenza tra compiti e disposizioni ufficiali viene percepita più frequentemente come assente e la valutazione delle performance come meno adeguata.

Dal punto di vista delle proposte, i Manager del Sud e delle Isole segnalano più frequentemente la necessità di incrementare informazione e comunicazione, ed anche le risorse per la dotazione tecnica.

4.12 Le peculiarità degli IRCCS

I manager degli IRCCS, che hanno risposto alle domande poste dal questionario, si caratterizzano per la percezione di lavorare in una situazione nella quale più frequentemente si verificano confronti all'interno della propria struttura sulle questioni deontologiche.

Esprimono inoltre la sensazione di avere una idea chiara dei meccanismi decisionali più spesso dei rispondenti di altre strutture e segnalano meno frequentemente degli altri la presenza di opacità rispetto agli obiettivi.

Lo stile di direzione prevalente è indicato più spesso che nelle altre strutture come autoritario, e si segnalano più spesso conflittualità e disistima tra i principali problemi nel rapporto tra Management apicale e Middle Management.

I manager degli IRCCS sentono maggiormente degli altri il peso delle richieste in termini di efficienza, ma registrano maggiore coerenza tra compiti definiti e funzioni richieste e ritengono in misura maggiore rispetto alle altre strutture di avere più mezzi e maggiore influenza sul budgeting.

Per quanto riguarda le proposte, i manager degli IRCCS indicano più frequentemente degli altri la necessità di sviluppare maggiormente informazione e comunicazione per quanto riguarda lo sviluppo adeguato di un buon clima organizzativo, e di dare maggiore peso a equità, trasparenza ed onestà per quanto riguarda i valori e principi di riferimento.

Infine, indicano lo sviluppo dei collaboratori come una delle competenze h più importanti, dopo la comunicazione e l'ascolto.

4.13 Le opinioni dei Top Manager

La raccolta di opinioni ed indicazioni da parte dei Manager apicali delle strutture che hanno aderito al Progetto sul Middle Management, ha permesso di rilevare il punto di vista di queste figure rispetto alle tematiche oggetto della indagine.

Va innanzitutto sottolineato che il livello di benessere complessivo dei dirigenti della struttura di appartenenza viene indicato dai Top Manager come abbastanza soddisfacente da 30 rispondenti su 34, mentre sono solo in 4 a considerarlo piuttosto insoddisfacente (Tab. 40).

L'operato dei dirigenti viene giudicato nella maggior parte dei casi adeguato, e solo 6 rispondenti lo considerano piuttosto inadeguato.

A ciò fa da corollario il fatto che secondo i Top Manager nella propria azienda si rilevano scopi condivisi e visione comune secondo 28 rispondenti su 35, buona tenuta della capacità di incidere da parte del Top Management sulle dinamiche organizzative del Middle Management (33 risposte), e si considera utile consultare il collegio di direzione nella maggioranza dei casi (30 risposte) (Tab. 41).

Tra i Top Manager, 33 hanno la sensazione di riuscire a comunicare i cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi in maniera chiara a tutti i dirigenti e 31 di organizzare regolarmente riunioni interne, e 32 riescono a svolgere il proprio lavoro indipendentemente da influenze esterne (Tab. 42). I Top Manager si esprimono positivamente anche rispetto al fatto che gli altri dirigenti della propria struttura danno valore al suo lavoro (29 rispondenti su 35), ed al fatto che il Middle Management rispetta le direttive della struttura (33 rispondenti su 35) (Tab. 43).

Tabella 40 – BENESSERE COMPLESSIVO DEI DIRIGENTI DELLA STRUTTURA SECONDO I TOP MANAGER (v.a.)

	v.a.
Abbastanza soddisfacente	30
Piuttosto insoddisfacente	4
Del tutto insoddisfacente	
Totale	34

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 41 – LA PREGHIAMO DI VALUTARE LE SEGUENTI AFFERMAZIONI: (v.a)

	v.a.
Le persone che lavorano in questa azienda hanno scopi comuni e una visione condivisa	
Sì	4
Abbastanza	24
Poco	7
Per niente	
Totale	35
Ho la sensazione di riuscire ad incidere in modo significativo sulle dinamiche organizzative del middle management	
Sì	3
Abbastanza	30
Poco	2
Per niente	
Totale	35
Ho la sensazione di svolgere il mio lavoro indipendentemente da influenze esterne	
Sì	14
Abbastanza	18
Poco	2
Per niente	1
Totale	35
Ritengo utile consultare il collegio di direzione	
Sì	22
Abbastanza	8
Poco	5
Per niente	
Totale	35

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 42 – TRASPARENZA E RAPPORTI CON I COLLABORATORI (v.a.)

	v.a.
Ho la sensazione di riuscire a comunicare i cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi in maniera chiara a tutti i dirigenti	
Per niente d'accordo	
Poco d'accordo	4
Abbastanza d'accordo	24
Molto d'accordo	6
Totale	34
Riesco ad organizzare regolarmente riunioni interne	
Per niente d'accordo	
Poco d'accordo	3
Abbastanza d'accordo	16
Molto d'accordo	15
Totale	34

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

I principali problemi tra Top e Middle Management vengono indicati (Tab. 44) nella mancanza di comunicazione, nella scarsa conoscenza reciproca e nella mancanza di scopi comuni. La conflittualità è molto poco presente, e quando esiste viene gestita per lo più direttamente da parte del Top Management (a quanto dichiarano 20 intervistati, Tab. 45). I Top Manager sentono che il Middle Management è portato a rivolgersi a loro per dirimere le situazioni conflittuali nella stragrande maggioranza dei casi (29 rispondenti), mentre secondo molti di loro non dovrebbe essere compito del Top Management quello di occuparsi anche delle questioni operative delle diverse unità organizzative (23 rispondenti) (Tab. 46).

I Top Manager ritengono che la norma sulla rotazione dei dirigenti (Tab. 47) andrebbe applicata con moderazione (26 risposte), e che l'obiettivo della efficienza aziendale non impatta in termini negativi sulla appropriatezza delle cure (27 risposte negative). Il problema è che per 19 rispondenti le risorse messe a disposizione dalla Regione per la propria azienda sono insufficienti.

Rispetto alle questioni che attengono alla deontologia e all'etica professionale, secondo i Top Manager l'impegno della propria azienda è più che consistente (solo un intervistato non è d'accordo), anche se capita raramente di affrontare problematiche sul piano deontologico secondo la stragrande maggioranza (solo un intervistato non la pensa così). L'accordo tra valori personali e valori aziendali è considerato molto alto (solo 3 intervistati non sono d'accordo).

Tabella 43 – LA VITA AZIENDALE SECONDO I TOP MANAGER (v.a)

	v.a.
In questa azienda i manager discutono in modo collaborativo sul modo in cui si lavora	
Sempre	4
Spesso	21
Qualche volta	10
Mai	
Totale	35
In questa azienda si fa attenzione non solo alle prestazioni individuali, ma anche a quelle delle unità organizzative nel loro insieme	
Sempre	11
Spesso	21
Qualche volta	3
Mai	
Totale	35
Sento che i dirigenti della mia struttura danno valore al mio lavoro	
Sempre	4
Spesso	25
Qualche volta	6
Mai	
Totale	35
Il middle management rispetta le mie direttive sull'organizzazione	
Sempre	9
Spesso	24
Qualche volta	2
Mai	
Totale	35

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 44 – IL PRINCIPALE PROBLEMA NEL RAPPORTO TRA MANAGEMENT APICALE E MIDDLE MANAGEMENT SECONDO I TOP MANAGER (v.a.)

	v.a.
Conflittualità	1
Mancanza di comunicazione	16
Scarsa conoscenza reciproca	13
Mancanza di scopi e visione comuni	13
Altro	7
Totale	35

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 45 – IN CHE MODO VENGO NO GESTITE LE SITUAZIONI DI CONFLITTO (v.a.)

	v.a.
Le affronto direttamente	20
Lascio che i conflitti siano gestiti dal middle management	6
Altro	9
Totale	35

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 46 – RAPPORTI TRA TOP E MIDDLE MANAGEMENT (v.a.)

	v.a.
Il middle management si rivolge a me per dirimere le situazioni conflittuali	
Per niente d'accordo	
Poco d'accordo	5
Abbastanza d'accordo	20
Molto d'accordo	9
Totale	34
Ritengo che un Direttore Generale debba occuparsi anche delle questioni operative delle diverse unità organizzative	
Per niente d'accordo	2
Poco d'accordo	21
Abbastanza d'accordo	7
Molto d'accordo	4
Totale	34

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 47 – OPINIONI DEL TOP MANAGEMENT SULLA NORMA SULLA ROTAZIONE DEI DIRIGENTI (v.a.)

	v.a.
La trovo inadeguata	4
La condivido	3
Andrebbe applicata con moderazione e con le dovute eccezioni	26
Altro	1
Totale	34

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Tabella 48 – ELEMENTI DA CONSIDERARE PER LA COSTRUZIONE DI UN CLIMA ORGANIZZATIVO FAVOREVOLE SECONDO I TOP MANAGER (v.a.)

	v.a.
Relazioni umane positive (informazione, comunicazione, prevenzione del burn-out)	21
Leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti)	28
Empowerment (responsabilità individuale, valutazione ed autovalutazione, aggiornamento delle competenze).	10
Adeguatezza delle risorse (dotazione tecnica e locali adeguati).	2
Trasparenza (sugli obiettivi, le regole, i compiti).	16
Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui risultati raggiunti.	10
Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui problemi emersi e sulle relative soluzioni.	5
La gestione di un corretto confronto collegiale rispetto ai problemi da risolvere.	9
Altro	
Totale	34

Fonte: Indagine FIASO – Cnr Itb, settembre 2018

Dal punto di vista delle indicazioni di tipo propositivo, 16 Top Manager su 35 ritengono che rispetto ai valori e principi etici di riferimento sia importante promuovere a livello aziendale soprattutto equità, trasparenza e onestà, mentre meno carenti e da promuovere sono considerati il rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder (11 risposte) ed il coinvolgimento degli operatori nella gestione strategica (4 risposte).

I Top Manager si dicono complessivamente soddisfatti del lavoro che svolgono, e sono molto interessati a quello che pensano gli utenti della loro azienda. Si esprimono in termini collettivi quando parlano della propria struttura, ed apprezzano i giudizi positivi, anche se non considerano sempre un'offesa l'espressione di una critica nei confronti della propria azienda.

Per quanto riguarda la costruzione di un buon clima organizzativo, indicano in via prioritaria la Leadership costruttiva (selezionata da 28 rispondenti), le relazioni umane positive (21 risposte) e la trasparenza (16 risposte) (Tab. 48).

Rispetto alla formazione, quella dei Manager di livello intermedio viene giudicata abbastanza adeguata da 27 rispondenti e piuttosto inadeguata da 8. Per lo più non ritengono che la formazione sia vista dal Middle Management solo come un impegno formale (25 rispondenti), anche se 11 rispondenti sono abbastanza convinto che sia così.

Secondo i Top Manager le competenze più necessarie per il ruolo manageriale in sanità sono quelle organizzative (19 risposte) seguite da quelle relazionali (9) e da quelle tecniche (3).

I contenuti da introdurre nella formazione in via prioritaria sono "innovazione e creatività" (item che è stato scelto 27 volte), seguito da "strategie per una sanità sostenibile" (25), "strumenti di management" (21), tecnologie e Ict (16), competenze relative a integrità, trasparenza e lotta alla corruzione (7).

5. Allegati

A. Questionario per i Middle Manager

1. CLIMA ORGANIZZATIVO

- La prego di valutare il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

1. Quando qualcuno critica la struttura/U.O. in cui lavoro, lo sento come un'offesa personale.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

2. Sono molto interessato a quello che pensano gli utenti della struttura/U.O. in cui lavoro.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

3. Quando parlo della struttura/U.O. in cui lavoro, di solito dico "noi" piuttosto che "la struttura/U.O.".

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

4. Complessivamente sono soddisfatto del lavoro che svolgo.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

5. Il mio lavoro è interessante e stimolante.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

6. Quali sono, secondo Lei, gli elementi più importanti da considerare per la costruzione di un clima organizzativo favorevole nella sua Azienda (indicare i tre più importanti)?
- Relazioni umane positive, prevenzione dello stress lavoro-correlato.
 - Informazione e comunicazione.
 - Leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti).
 - Empowerment (responsabilità individuale, valutazione ed autovalutazione, aggiornamento delle competenze).
 - Adeguatezza delle risorse (dotazione tecnica e locali adeguati).
 - Trasparenza (sugli obiettivi, le regole, i compiti).
 - Equità nei trattamenti di carriera.
 - Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui risultati raggiunti
 - Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui problemi emersi e sulle relative soluzioni.
 - La gestione di un corretto confronto collegiale rispetto ai problemi da risolvere.
 - Altro (specificare)

2. ETICA

7. Con quale frequenza le capita di affrontare problematiche sul piano deontologico?

Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
-----	---------------	--------	--------

8. Rispetto ai valori e principi etici di riferimento nella sua struttura/U.O., cosa è più importante promuovere secondo Lei (una risposta)?

- Qualità
- Valutazione delle performance
- Rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder
- Equità, trasparenza, onestà
- Coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica
- Altro (specificare).....

- La prego di valutare il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

9. Coi miei colleghi ci confrontiamo spesso su come riuscire ad agire eticamente e deontologicamente nel nostro lavoro

In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	In accordo
---------------	--------------------------	----------------------	------------

10. Il SSN mi permette di agire secondo i miei valori nella professione che svolgo

In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	In accordo
---------------	--------------------------	----------------------	------------

11. Credo che le mie attività lavorative abbiano senso e significato

In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	In accordo
---------------	--------------------------	----------------------	------------

12. Per me etica nel mio lavoro vuol dire:

.....

13. Ti senti responsabile della promozione dei valori etici di equità, universalità e uguaglianza verso i tuoi collaboratori?

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

3. ORGANIZZAZIONE E SISTEMI OPERATIVI

- La prego di indicare con quale frequenza avvengono le seguenti situazioni:

14. In questa Struttura/U.O. si discute e si riflette sul modo in cui i membri del nostro gruppo lavorano insieme.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

15. La direzione aziendale favorisce/incentiva la comunicazione e le relazioni tra le diverse strutture/U.O.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

16. Riesco ad incidere in modo significativo su quanto accade nel mio ambiente di lavoro.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

17. I miei superiori danno valore al mio lavoro.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

- La prego di indicare il suo grado di accordo con la seguente affermazione:

18. In questa Struttura/U.O. si fa attenzione non solo alle prestazioni individuali, ma anche a quelle dell'Unità Organizzativa nel suo insieme.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

- La prego di valutare le seguenti affermazioni:

19. Gli obiettivi della mia Unità Organizzativa mi sono chiari.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

20. I cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi sono comunicati in maniera chiara a tutto il personale.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

21. Ho un'idea chiara dei meccanismi decisionali nella mia struttura/U.O.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

22. Rispetto agli obiettivi nella mia Azienda prevale una certa opacità.

- SI
 NO

23. Quale è lo stile di direzione prevalente che vige nel rapporto tra top e middle management nella sua struttura (una risposta)?

- Collaborativo/partecipativo
 Autoritario
 Improntato all'autonomia
 Altro (specificare)

24. Quali sono, secondo Lei, i principali problemi nel rapporto tra management apicale e middle management nella Sua struttura/U.O. (massimo tre risposte)?

- Conflittualità
- Mancanza di comunicazione
- Disistima
- Scarsa conoscenza reciproca
- Criteri di valutazione e relativi parametri poco chiari
- Leadership poco definita
- Scarsa propensione dei team leader a delegare
- Altro (specificare)

25. Quanto incide il carico di incombenze burocratiche sul suo lavoro?

MOLTO	ABBASTANZA	POCO	IN MODO GIUSTO
-------	------------	------	----------------

26. Ha la sensazione che le venga richiesto di ottenere buoni risultati soprattutto in termini di (una risposta):

- Efficienza
- Efficacia
- Rispetto degli adempimenti formali
- Etica
- Altro (specificare)

27. Ritiene che Lei abbia la possibilità di influire in maniera adeguata sul processo di budgeting?

- SI
- NO

28. Ritiene adeguata la distribuzione delle responsabilità e la divisione dei compiti tra le diverse figure professionali della sua struttura/U.O. (medici, infermieri, tecnici, ecc.)?

- SI
- NO

29. Ritiene di avere a disposizione i mezzi e le risorse necessarie per svolgere il suo lavoro?
- SI
 - NO
30. Gli accorpamenti e in generale la crescita di dimensioni della struttura/U.O secondo Lei produce (una risposta):
- Difficoltà gestionali
 - Risparmi certi
 - Peggioramento dei servizi
 - Migliore programmazione
 - Altro (specificare)
31. La Sua struttura/U.O.gestisce direttamente le relazioni/rapporti di lavoro con soggetti esterni all'Azienda (fornitori, committenti, etc.)?
- SI
 - NO

4. COMPETENZE, FUNZIONI E FORMAZIONE

- La prego di valutare le seguenti affermazioni:

32. Ho un'idea chiara dell'organigramma della mia struttura/U.O.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

33. So esattamente quali sono i miei compiti/funzioni.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

34. Le attività formative individuali a cui partecipo mi aiutano nel lavoro.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

35. Dove si svolge principalmente l'attività formativa per il suo aggiornamento professionale? (una risposta):

- nella mia associazione / società scientifica di riferimento
- nelle università o centri di ricerca
- presso soggetti terzi privati (studi professionali, altro)
- nella mia azienda
- Altro (specificare)

- La prego di indicare con quale frequenza avviene la seguente situazione:

36. Mi sento sicuro delle mie capacità quando svolgo il mio lavoro.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

- La prego di valutare il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

37. La programmazione degli interventi formativi si basa su una consultazione degli operatori rispetto ai loro bisogni.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

38. La formazione è vista dall'Azienda solo come un impegno formale

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

39. I corsi obbligatori a cui ho partecipato non erano adeguati alle mie esigenze formative

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

40. Si trasmettono conoscenze teoriche poco significative rispetto alla loro applicabilità alla attività professionale

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

41. Per il mio ruolo professionale mancano modelli formativi e contenuti ben definiti da apprendere

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

42. Bisognerebbe lavorare sulla definizione delle competenze da trasmettere per i nuovi ruoli gestionali del middle management

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

43. Secondo Lei, le funzioni assegnate al middle management risultano (1 risposta):

- Definite in dettaglio
- Chiare ma generali
- Confuse
- Mal distribuite
- Altro (specificare)

44. Esiste coerenza tra i compiti definiti dalle disposizioni ufficiali e le funzioni realmente richieste?

- SI
- NO

45. Quanto pesano in termini percentuali le seguenti competenze riferite al suo ruolo?
- Competenze tecnico - specialistiche
 - Competenze comportamentali - manageriali
 - Competenze organizzativo - gestionali
 - Altro (specificare)
46. Quali sono secondo Lei le competenze chiave più importanti tra le seguenti elencate (indicarne 5)?
- Accuratezza/qualità del lavoro
 - Autocontrollo
 - Comunicazione e ascolto
 - Consapevolezza organizzativa
 - Fiducia nelle proprie capacità
 - Identificazione
 - Impatto e influenza
 - Managerialità
 - Organizzazione e obiettivi
 - Orientamento al servizio
 - Proattività
 - Propensione al cambiamento
 - Sviluppo dei collaboratori
 - Team leadership
 - Team work
47. Quali contenuti innovativi dovrebbero essere introdotti, secondo Lei, nella formazione per il management futuro della sanità (al massimo tre risposte)?
- Tecnologie ed Ict
 - Strumenti per integrità, trasparenza e lotta alla corruzione
 - Strumenti di management
 - Innovazione e creatività
 - Comunicazione e le relazioni professionali
 - Strategie per una sanità sostenibile
 - Altro (specificare)

5. PERFORMANCE

48. Ritieni adeguata la qualità dell'assistenza che fornisce ai suoi pazienti/utenti?

- SI
- NO

49. Nella sua struttura/U.O. viene valutata la performance di team/unità/dipartimento?

- SI
- NO

50. Nella sua struttura/U.O. esistono strumenti di valutazione della performance?

- SI
- NO

51. Se sì, sono differenziate per tipologie di funzioni e livelli?

- SI
- NO

6. PROPOSTE

52. Quali proposte si sente di formulare per il consolidamento professionale e gestionale del middle management in sanità?
-
-
-
-

7. IDENTIFICAZIONE

53. Genere:

- Maschio
- Femmina

54. Et .....

55. Titolo di studio [chiudere facendo visualizzare tutte le possibili alternative, sia nuovo che vecchio ordinamento, tramite menu a tendina]

56. In quale U.O. o Dipartimento lavora?
-

57. Quale ruolo vi ricopre? [chiudere facendo visualizzare i 25 profili tramite menu a tendina]

58. Da quanto tempo?.....

59. Da quanto tempo lavora nell'azienda?

60. Quale   il nome dell'azienda in cui lavora?

B. Questionario per Top Manager

1. CLIMA ORGANIZZATIVO

- La prego di valutare il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

1. Sono molto interessato a quello che pensano gli utenti della azienda che dirigo.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

2. Quando qualcuno critica la struttura che dirigo, lo sento come un'offesa personale.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

3. Quando qualcuno parla bene della struttura che dirigo, lo sento come un complimento personale.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

4. Quando parlo della struttura che dirigo, di solito dico "noi" piuttosto che "la struttura".

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

5. Complessivamente sono soddisfatto del lavoro che svolgo.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

6. Quali sono, secondo Lei, gli elementi più importanti da considerare per la costruzione di un clima organizzativo favorevole nella Sua azienda (indicare i tre più importanti)?
- Relazioni umane positive (informazione, comunicazione, prevenzione del burn-out).
 - Leadership costruttiva (riconoscimento delle competenze, chiarezza delle funzioni e dei ruoli, prevenzione dei conflitti).
 - Empowerment (responsabilità individuale, valutazione ed autovalutazione, aggiornamento delle competenze).
 - Adeguatezza delle risorse (dotazione tecnica e locali adeguati).
 - Trasparenza (sugli obiettivi, le regole, i compiti).
 - Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui risultati raggiunti.
 - Ritorno sistematico e trasparente delle informazioni/dati sui problemi emersi e sulle relative soluzioni.
 - La gestione di un corretto confronto collegiale rispetto ai problemi da risolvere.
 - Altro (specificare)
7. In generale, come valuta il livello di benessere complessivo dei dirigenti della sua struttura?
- Del tutto soddisfacente
 - Abbastanza soddisfacente
 - Piuttosto insoddisfacente
 - Del tutto insoddisfacente

2. ETICA

8. Con quale frequenza mi capita di affrontare problematiche sul piano deontologico?

MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	SEMPRE
-----	---------------	--------	--------

9. Rispetto ai valori e principi etici di riferimento della Sua azienda, cosa è più importante promuovere secondo Lei (una risposta)?

- Qualità
- Valutazione delle performance
- Rispetto dei diritti dei pazienti e stakeholder
- Equità, trasparenza, onestà
- Coinvolgimento degli operatori rispetto alla gestione strategica
- Altro (specificare)

- La prego di valutare il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

10. La mia organizzazione è impegnata a garantire il rispetto dell'etica in tutti i dipartimenti

In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	In accordo
---------------	--------------------------	----------------------	------------

11. Il SSN mi permette di agire secondo i miei valori nella professione che svolgo

In disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Abbastanza d'accordo	In accordo
---------------	--------------------------	----------------------	------------

12. Per me etica nel mio lavoro vuol dire

3. GOVERNANCE

- La prego di indicare la frequenza con cui avvengono le seguenti situazioni nella sua Struttura:

13. In questa azienda i manager discutono in modo collaborativo sul modo in cui si lavora.

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

14. In questa azienda si fa attenzione non solo alle prestazioni individuali, ma anche a quelle delle unità organizzative nel loro insieme

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

15. Sento che i dirigenti della mia struttura danno valore al mio lavoro

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

16. Il middle management rispetta le mie direttive sull'organizzazione

SEMPRE	SPESSO	QUALCHEVOLTA	MAI
--------	--------	--------------	-----

17. In che modo gestisce di solito le situazioni di conflitto della Sua azienda?

- Le affronto direttamente
- Lascio che i conflitti siano gestiti dal middle management
- Altro (specificare)

- La prego di valutare le seguenti affermazioni:

18. Le persone che lavorano in questa azienda hanno scopi comuni e una visione condivisa

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

19. Ho la sensazione di riuscire ad incidere in modo significativo sulle dinamiche organizzative del middle management.

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

20. Ho la sensazione di svolgere il mio lavoro indipendentemente da influenze esterne

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

21. Ritengo utile consultare il collegio di direzione

SI	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
----	------------	------	------------

22. Qual'è secondo Lei il principale problema nel rapporto tra management apicale e middle management nella sua azienda (due risposte)?

- Conflittualità
- Mancanza di comunicazione
- Scarsa conoscenza reciproca
- Mancanza di scopi e visione comuni
- Altro (specificare)

- La prego di valutare il suo grado di accordo con le seguenti affermazioni:

23. Ho la sensazione di riuscire a comunicare i cambiamenti gestionali e organizzativi ed i risultati attesi in maniera chiara a tutti i dirigenti.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

24. Riesco ad organizzare regolarmente riunioni interne.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

25. Il middle management si rivolge a me per dirimere le situazioni conflittuali.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

26. Ritengo che un Direttore Generale debba occuparsi anche delle questioni operative delle diverse unità organizzative.

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

27. Ritiene sufficienti le risorse messe a disposizione dalla Regione per la sua azienda?

- SI
- NO

28. Secondo Lei l'obiettivo dell'efficienza aziendale impatta in termini negativi sull'appropriatezze delle cure?

- SI
- NO

29. Cosa pensa della norma sulla rotazione dei dirigenti (1 risposta)?

- La trovo inadeguata
- La condivido
- Andrebbe applicata con moderazione e con le dovute eccezioni
- Altro (specificare)
-
-

30. In generale, come valuta l'operato dei dirigenti della sua azienda?

- Del tutto adeguato
- Abbastanza adeguato
- Piuttosto inadeguato
- Del tutto inadeguato

4. COMPETENZE, FUNZIONI E FORMAZIONE

- La prego di valutare il suo grado di accordo con la seguente affermazioni:

31. La formazione è vista dal middle management solo come un impegno formale per adempiere agli obblighi di legge

Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo
----------------------	----------------	----------------------	-----------------

32. Quali sono le competenze più importanti, secondo Lei, per il ruolo svolto dai manager nella sanità (una risposta)?

- Competenze tecniche
- Competenze relazionali
- Competenze organizzative
- Altro (specificare)

33. Quali contenuti dovrebbero essere introdotti secondo Lei nella formazione per il management futuro della sanità (indicarne massimo tre)?

- Tecnologie ed Ict
- Competenze relative a integrità, trasparenza e lotta alla corruzione
- Strumenti di management
- Innovazione e creatività
- Strategie per una sanità sostenibile
- Altro (specificare)

34. In generale, come valuta la formazione dei dirigenti della sua struttura?

- Del tutto adeguata
- Abbastanza adeguata
- Piuttosto inadeguata
- Del tutto inadeguata

5. PROPOSTE

- La prego di valutare il suo grado di accordo con la seguente affermazioni:

35. Quali proposte si sente di formulare per il consolidamento professionale e gestionale del middle management?

.....

.....

.....

.....

.....

6. IDENTIFICAZIONE

- La prego di valutare il suo grado di accordo con la seguente affermazioni:

36. Genere:

- Maschio
- Femmina

37. Et .....

38. In quale Asl o AO lavora?.....

39. Da quanto tempo?.....

BIBLIOGRAFIA

- Agenas, 2008, "I sistemi di valutazione dei servizi sanitari", in *I quaderni di monitor – Elementi di analisi e osservazione del sistema salute – Supplemento al numero 20 di Monitor*, Roma;
- Agenas - Archivio Rivista Monitor 2011, *Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, Anno X numero 28 2011;
- Agenas, Censis, 2013, *Definizione di modelli e strumenti per la valutazione delle attività e delle decisioni nei sistemi sanitari*;
- Agenas, FIASO, 2010, *Formazione Manageriale in Sanità. Competenza e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Edizioni iniziative Sanitarie, Roma;
- Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, 2006, *Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale – Metodi e strumenti*, Regione Emilia-Romagna, Bologna;
- Aiop, 2016, *Nella storia della sanità italiana – Cinquant'anni di Aiop*, Litografica Editrice Saturnia, Trento;
- Ardigò A., 1997, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Franco Angeli, Milano;
- Argentero P., Cortese C. G., Piccardo C., a cura di, 2010, *Psicologia delle risorse umane*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Baldoni F., 2010, *La prospettiva psicosomatica*, il Mulino, Bologna;
- Bertin G., 2007, *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano;
- Bicego, Brandolin, Cociani, Fasci, Semeria, 2008, *Salute mentale e organizzazione che cura: infermieri, spazi, azioni, vissuti di cura*, Maggioli Editore, Rimini;
- Bonazzi G., 2002, *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli, Milano;
- Bonazzi G., 2006, *Come studiare le organizzazioni*, Franco Angeli, Milano;
- Borgonovi E. 1997, *La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari*, *Mecosan* 6(24):2-7;
- Bucchi M., Neresini F., a cura di, 2001, *Sociologia della salute*, Carocci, Roma;
- Carnevali G., 2010, *La qualità dei manager e dei dipendenti delle aziende sanitarie – Una sfida per l'efficienza e l'efficacia e l'economicità del Sistema Sanitario*, Edizioni Panorama della Sanità, Roma;
- CERGAS-SDA Bocconi, a cura di, 2017, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Egea, Milano;
- Cicchetti A., a cura di, 2013, *Efficacia ed equità nell'assetto federale del Servizio sanitario nazionale*, Vita e Pensiero, Milano;
- Cipolla C., a cura di, 2002, *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano;

- Clemente C., 2010, a cura di, *La salute tra assetti sociali e organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano;
- Corio G.F., 2006, "La mission manageriale", *Working Paper CERIS-CNR* Anno 8, N° 14 – 2006;
- D'Antonio A., 2017, *Le regole dell'organizzazione. Lo sviluppo organizzativo tra soggetti e ambienti*, editore "Ad est dell'equatore", Napoli;
- Degani L., Mozzanica R., *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, Maggioli Editore, Rimini;
- Del Vecchio M. 2002, *L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il senso di una ricerca*, *Mecosan* 11 (43): 11-16;
- Del Vecchio M., Rebora E., Roma I., a cura di, *Risultati dal laboratorio FIASO. Logiche di governo del SSN*, AboutPharma;
- Del Vecchio M., Lega F. Prenestini A., 2017, "Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie", in *Rapporto Oasi 2017*, Collana Cergas, Egea Editore, Università Bocconi, Milano;
- Del Vecchio, Pinelli, Ripa di Meana, Romiti, Tanese, a cura di, 2017, *Aziende e management per il futuro del SSN*, KOS, Roma;
- Fatarella R., a cura di, 2007, *Buona sanità. I manager della salute raccontano la sanità italiana*, Noema Edizioni, Verona;
- Fedele M., 2002, *Il management delle politiche pubbliche*, Editori Laterza, Roma-Bari;
- FIASO, 2015, *Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di crisi. Dati oggettivi, azioni di contrasto e sperimentazioni di conciliazione vita lavorativa – vita privata*, KOS, Roma;
- Fioroni G., Del Favero A. L., a cura di, 2003, *Aziendalizzazione e Sanità – Sfide e prospettive per la sanità del futuro*, SER, Roma;
- Freeman T., Walshe K., 2004, "Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England", in *Quality and Safety in Health Care*, Oct 2004;
- Galletti C., Ghera P., Rega M.L., Vellone E., 2005, "La formazione manageriale dell'infermiere coordinatore e il contratto formativo: l'esperienza del Master di primo livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento dell'Università Cattolica del S. Cuore, sede di Roma", in *Professioni infermieristiche* 58(4):194-201 · October 2005.
- Gianfrate F., 2013, *Economia e management dei servizi sanitari. Strategie e strumenti per una sanità migliore*, Tecniche Nuove, Milano;
- Gimbe, *Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie*, Versione 1.4 del 6 febbraio 2009;
- Gosetti G., La Rosa M., 2006, *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*, Franco Angeli, Milano;
- Hatch M.J., Cunliffe A.L., 2013, *Teoria dell'organizzazione*, Franco Angeli, Milano;
- Hunter D.J., Berman P. C., 1996, "Public health management. Time for a new start?", in *European journal of public health* vol. 7 1997 no. 3;

- ICONAS, Dossier 125, 2006, “Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie;
- Innocenti L., 2014, *Clima organizzativo e gestione delle risorse umane. Unire persone e performance*, Franco Angeli, Milano;
- Jedlowski P., 2006, *Il mondo in questione. Introduzione alla storia del pensiero sociologico*, Carocci, Roma;
- Khurana R., Hohria N., 2008, “It’s Time to Make Management a True Profession”, in *Harvard Business Review*, October 2008;
- Lega F. (2008), *The rise and fall(acy) of clinical directorates in Italy* Health Policy 85:252-62;
- Le Gales P., 1998, “Regulations and Governance in European Cities”, in *International journal of urban and regional research* 22 (3), 482-506, Joint Editors and Blackwell Publishers Ltd 1998.
- Longo F., Mele S., Monchiero G., Pinelli N., Salvatore D., Tasselli S., 2012, *Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell’integrazione – Modelli teorici ed evidenze empiriche*, Egea, Milano;
- Marino I., a cura di, 2007, *Sistema salute - Analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Edizioni Solaris, Roma;
- Mintzberg H., 2016, *Il lavoro manageriale*, Franco Angeli, Milano;
- Normann R., 1984, trad.it. 1985, *La gestione strategica dei servizi*, ETAS LIBRI, Milano;
- Osborne D., Gaebler T., 1993, *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Plume;
- Pammolli F., Salerno N. C., 2012, *La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali- SaniMod-Reg 2012-2030, working paper 1*, CeRM;
- Panza, 2009, a cura di, *La professione del sociologo nel Servizio Sanitario Nazionale*, Franco Angeli, Milano;
- Paparelli A., 2000, “Gli esperimenti di Mayo: qual è stato il vero “effetto Hawthorne?””, in *ticonzero* No. 14/2000;
- Prandstraller G. P., 1980, *Sociologia delle professioni*, Città Nuova Editore, Roma;
- Ranisio G., a cura di, 2014, *Salute, formazione, territorio. Assetti istituzionali, organizzativi e gestionali del management socio-sanitario*, editore “ad est dell’equatore”, Napoli;
- Salerno N. C., 2014, *Scenari Transatlantici a Confronto - I Sistemi Sanitari in Italia, Europa, Us, Così diversi all’origine così simili all’arrivo? In 13 fatti stilizzati passato, presente e futuro dei sistemi sanitari occidentali*, Reforming.it;
- Sebastiano A., Porazzi E., a cura di, 2010, *Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario. Evidenza empiriche dal mondo delle RSA*. Maggioli Editore, Rimini;
- Tanese A., 2018, *Il ruolo del management nel Servizio Sanitario. Una storia in tre atti*, Egea, Milano;
- Venneri E., 2003, *Sociologia e professioni sanitarie*, Rubbettino, Catanzaro;
- W. R. Scott, 1982, “Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations”, in *Health Services Research*, 1982 Fall; 17(3): 213–240.

SITOGRAFIA

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-02-16/personale-tutte-incognite-fabbisogni-123707.php?uid=AEod1NX&refresh_ce=1;

<http://www.agenas.it>;

http://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/corsi-interregionali/2014/12._Rapisarda.pdf;

<https://www.aboutpharma.com/blog/2016/09/05/gazzetta-ufficiale-le-nuove-norme-la-nomina-dei-direttori-generalis-delle-asl/>;

<http://www.medicoeleggi.com/argomenti/11531.htm>;

<http://www.dis.uniroma1.it/~catalano/materiale%20didattico/Presentazioni/22%20%20I%20quasi%20mercati%20nella%20sanita%20-%20Renata%20%20%20Fischietti%20%20%20Leonardi%20%20%20Giagnorio.pdf>;

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea;

<http://www.forumpa.it/sanita/evoluzione-dei-sistemi-organizzativi-sanitari-il-risk-management>;

<http://www.salute.gov.it>;

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-12-22/il-ddl-lorenzini-e-legge-114704.php?uid=AEebkVVD&refresh_ce=1;

<https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/Anticorruzione/prevCorrAmbitoSanitario>;

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-12-19/anticorruzione-l-anac-promuove-aziende-sanitarie--180047.php?uid=AEikirUD&refresh_ce=1;

http://www.rapportodalterritorioinu.it/2005/Pagine%20separate/Governance_government.pdf;

http://www.sifoweb.it/images/pdf/eventi-ed-ecm/corsi-interregionali/2014/12._Rapisarda.pdf;

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_minpag_969_documenti_documento_8_fileAllegatoDoc.pdf.

Il presente volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di:



Associazioni e Società Scientifiche partecipanti:

